

Nr 1 (58) 2019

Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu

Polish Review of Health Sciences

Kwartalnik / Quarterly



Wydział Nauk o Zdrowiu



Uniwersytet Medyczny
im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

RADA NAUKOWA / SCIENTIFIC COUNCIL

Przewodniczący Rady Naukowej:

dr n. med. Maciej Sobkowski (Poznań)

Członkowie:

prof. dr Andre Aeschlimann (Szwajcaria)
prof. Vincenzo Antonelli (Włochy)
prof. dr hab. Marek Brzosko (Szczecin)
prof. dr hab. Lechosław Dworak (Poznań)
prof. dr hab. Ewa Florek (Poznań)
dr n. med. Andrzej Grzybowski (Poznań)
dr hab. Grażyna Iwanowicz-Palus (Lublin)
dr hab. Krystyna Jaracz (Poznań)
prof. Christina Köhlen (Niemcy)
prof. dr hab. Eugeniusz Kucharz (Katowice)
prof. dr hab. Piotr Małkowski (Warszawa)
prof. dr hab. Włodzimierz Maśliński (Warszawa)
prof. Wolfgang Müller (Szwajcaria)
prof. dr hab. Michał Musielak (Poznań)
prof. dr hab. Alfred Owoc (Lublin)
prof. Winfried Papenfuß (Austria)
dr hab. Paweł Rzymiski (Poznań)
prof. dr hab. Stefan Sajdak (Poznań)
prof. dr hab. Włodzimierz Samborski (Poznań)
prof. dr hab. Marian Sygit (Szczecin)
prof. dr hab. Jacek Szechiński (Wrocław)
prof. dr hab. Krzysztof Szymanowski (Poznań)
dr hab. Monika Urbaniak (Poznań)
prof. dr hab. Leszek Wdowiak (Lublin)
prof. dr hab. Henryk Wiktor (Lublin)
prof. dr hab. Krzysztof Wiktorowicz (Poznań)
prof. dr hab. Maciej Wilczak (Poznań)
prof. dr hab. Irena Wrońska (Lublin)
prof. dr hab. Jacek Wysocki (Poznań)

KOLEGIUM REDAKCYJNE / EDITORIAL BOARD

Redaktor Naczelny:

dr n. med. Maciej Sobkowski

Zastępcy Redaktora Naczelnego:

prof. dr hab. Michał Musielak (nauki społeczne)
prof. dr hab. Włodzimierz Samborski (fizjoterapia i reumatologia)
dr hab. Monika Urbaniak (organizacja i zarządzanie w ochronie zdrowia)
prof. dr hab. Krzysztof Wiktorowicz (nauki biologiczne)
prof. dr hab. Maciej Wilczak (edukacja medyczna)
prof. dr hab. Jacek Wysocki (zdrowie publiczne)

Sekretarz Naukowy:

lek. med. Adam Malingier

Sekretarze Redakcji:

mgr Sylwia Kaczmarek
mgr Piotr Sobkowiak

Skład i łamanie:

Beata Łakomiak

Korekta:

Joanna Szelągowska

Projekt okładki:

dr n. med. Maciej Sobkowski

Zdjęcia na okładce:

dr hab. Paweł Rzymiski

© Copyright by Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

WYDAWCA / PUBLISHER

Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

ADRES REDAKCJI / ADDRESS

Katedra i Klinika Zdrowia Matki i Dziecka
Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny
Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Polna 33, 60-535 Poznań
tel.: 61 841 96 70, fax: 61 841 92 88
e-mail: przegląd@ump.edu.pl
strona internetowa: www.przegląd.ump.edu.pl

MNiSW 7 pkt

ISSN 1643-3203

e-ISSN 2544-283X

Zasady etyczne

„Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu” stosuje zasady etyczne i procedury zalecane przez COPE (Committee on Publication Ethics), zawarte w Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors, Peer Reviewers, Authors dostępne na stronie internetowej COPE: <https://publicationethics.org/resources/guidelines>

Ethical guidelines

‘Polish Review of Health Sciences’ applies the ethical principles and procedures recommended by COPE (Committee on Publication Ethics), contained in the Code of Conduct and Best Practice Guidelines for Journal Editors, Peer Reviewers and Authors available on the COPE website: <https://publicationethics.org/resources/guidelines>



WYDAWNICTWO NAUKOWE
UNIwersytetu Medycznego
IM. KAROLA MARCINKOWSKIEGO
W POZNANIU

60-812 Poznań, ul. Bukowska 70
tel.: 61 854 71 52, fax: 61 854 71 51
www.wydawnictwo.ump.edu.pl

Ark. wyd. 8,0. Ark. druk. 10,8.

Format A4. Zam. nr 107/19.

Druk ukończono w czerwcu 2019.

Spis treści

PRACE ORYGINALNE

Karolina Kozłowska, Paweł Rzymiski, Maciej Wilczak <i>Jakość życia kobiet z zaburzeniami uroginekologicznymi – przegląd piśmiennictwa</i>	7
Paweł F. Nowak <i>Czasopisma branżowe w doskonaleniu zawodowym specjalistów z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej</i>	12
Łukasz Bojkowski <i>Wyznaczanie celów w kontekście zachowań zdrowotnych</i>	18
Justyna Gacek, Roksana Duszkiewicz, Patrycja Golec, Aleksandra Armatys, Agnieszka Greń, Filip Hajdrowski, Krzysztof Silski, Miłosz Gołyszny, Tomasz Ludyga <i>Ocena wpływu sposobu odżywiania się studentów na uzyskiwane wyniki w toku studiów</i>	22
Barbara Baranowska, Ewa Rogozińska, Grażyna Bączek, Urszula Tataj-Puzyna, Anna Durka, Dorota Sys, Beata Pięta <i>Utrzymanie założeń Inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku” na przykładzie Specjalistycznego Szpitala Wojewódzkiego w Ciechanowie</i>	28
Marta Maź, Iwona Bodys-Cupak <i>Akceptacja choroby nowotworowej przez osoby starsze a poziom odczuwanego zmęczenia</i>	35
Aneta Grochowska, Przemysław Zając, Iwona Bodys-Cupak, Monika Łabuzek, Joanna Maciejowska <i>Zachowania zdrowotne pacjentów z POChP</i>	44

PRACE POGLĄDOWE

Dariusz Góra <i>Physical activity among young students and its influence on human body</i> . . .	51
Agnieszka Smerdka, Beata Pięta <i>Zawód położnej na terenie Polski w XX wieku</i>	56
Michał Chrobot, Agnieszka Strzelecka, Kamila Kocańda, Ewa Cieślik-Majchrzak, Stanisław Gózdź, Grażyna Nowak-Starz <i>Sprawozdanie z III Ogólnopolskiej Konferencji pn. „Ewidencja świadczeń zdrowotnych podstawą bezpieczeństwa prawnego-finansowego placówki medycznej”</i>	62
Sabina Siwiec, Wojciech Strzelecki <i>Terapia zajęciowa jako uzupełnienie procesu wczesnej interwencji terapeutycznej dzieci z Zespołem Williamsa-Beurena</i>	66
Joanna Sosnowska, Beata Pięta <i>Wybrane urazy porodowe jako zdarzenia niepożądane</i>	72

Katarzyna Dołoto, Urszula Frelek, Iwona Włodek, Agata Wojciechowska,
Lena Serafin
*Ocena wpływu aspektów psychospołecznych na poziom odczuwanego bólu
przez pacjentów w opiece paliatywnej – badanie pilotażowe 75*

OPIS PRZYPADKU

Szymon Jurga, Zbigniew Guzek, Franciszek Pietraszkiewicz, Agnieszka Twardochleb
*Efekty rehabilitacji pacjenta po przebytych wieloogniskowym zapaleniu mózgu.
Opis przypadku 81*

Contents

ORIGINAL PAPERS

Karolina Kozłowska, Paweł Rzymiski, Maciej Wilczak <i>Quality of life in women with urogynaecological disorders: a literature review . . .</i>	7
Paweł F. Nowak <i>Professional magazines in professional development of health promoters and health educators</i>	12
Łukasz Bojkowski <i>Setting goals in the context of health behaviour</i>	18
Justyna Gacek, Roksana Duszkiewicz, Patrycja Golec, Aleksandra Armatys, Agnieszka Greń, Filip Hajdrowski, Krzysztof Silski, Miłosz Gołyszny, Tomasz Ludyga <i>Evaluation of the impact of students' diet on the results obtained in the course of study</i>	22
Barbara Baranowska, Ewa Rogozińska, Grażyna Bączek, Urszula Tataj-Puzyna, Anna Durka, Dorota Sys, Beata Pięta <i>Maintaining the implementation of the BFHI in Hospital in Ciechanów?</i>	28
Marta Maż, Iwona Bodys-Cupak <i>Acceptance of cancer and fatigue experienced by elderly patients</i>	35
Aneta Grochowska, Przemysław Zając, Iwona Bodys-Cupak, Monika Łabuzek, Joanna Maciejowska <i>Health behaviors of patients with COPD</i>	44

REVIEW PAPERS

Dariusz Góra <i>Aktywność fizyczna wśród młodych uczniów i jej wpływ na organizm człowieka . . .</i>	51
Agnieszka Smerdka, Beata Pięta <i>The midwife profession during 20th century in Poland area</i>	56
Michał Chrobot, Agnieszka Strzelecka, Kamila Kocańda, Ewa Cieślik-Majchrzak, Stanisław Gózdź, Grażyna Nowak-Starz <i>Report from the 3rd National Conference "Records of health care as the basis of security legal and financial medical facility"</i>	62
Sabina Siwiec, Wojciech Strzelecki <i>Occupational therapy, as a supplement to the early therapeutic intervention of children with the Williams-Beuren Syndrome</i>	66
Joanna Sosnowska, Beata Pięta <i>Selected labor injuries as adverse events</i>	72

Katarzyna Dołoto, Urszula Frelek, Iwona Włodek, Agata Wojciechowska,
Lena Serafin
*Psychosocial assessment of the level of pain experienced by patients in palliative
care – pilot study 75*

CASE REPORT

Szymon Jurga, Zbigniew Guzek, Franciszek Pietraszkiewicz, Agnieszka Twardochleb
*The effects of rehabilitation in patients with multifocal cerebral inflammation.
A case report 81*

JAKOŚĆ ŻYCIA KOBIET Z ZABURZENIAMI UROGINEKOLOGICZNYMI – PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA

QUALITY OF LIFE IN WOMEN WITH UROGYNÆCOLOGICAL DISORDERS: A LITERATURE REVIEW

Karolina Kozłowska, Paweł Rzymiski, Maciej Wilczak

Klinika Zdrowia Matki i Dziecka, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.1>

STRESZCZENIE

Niniejszy artykuł stanowi przegląd piśmiennictwa medycznego na temat jakości życia kobiet z zaburzeniami uroGINEKOLOGICZNYMI. Nietrzymanie moczu to objaw polegający na mimowolnym jego wycieku. Wpływa destrukcyjnie na jakość życia, ogranicza aktywność fizyczną, zawodową, seksualną oraz negatywnie oddziałuje na sferę psychologiczną. Inkontynencja u kobiet często jest czynnikiem wywołującym poczucie wstydu i zażenowania. Nieleczona może doprowadzić do wycofania się z życia społecznego, zawodowego, a także być przyczyną izolacji i zaburzeń sfery psychicznej. Wczesne wdrożenie diagnostyki pozwala na zastosowanie odpowiedniego sposobu leczenia oraz przyczynia się do poprawy jakości życia kobiet z zaburzeniami uroGINEKOLOGICZNYMI.

Słowa kluczowe: uroGINEKOLOGIA, nietrzymanie moczu, jakość życia.

ABSTRACT

This article is a review of medical literature, devoted to the women's quality of life with uroGINEKOLOGIC disorders. Urinary incontinence is a sign of involuntary leakage. Urinary incontinence has a destructive influence on the quality of life and limits physical, professional and sexual activity. Women's incontinence is often a factor that causes feelings of shame and embarrassment. Untreated one can lead to withdrawal from social and professional life. Moreover, it can be the cause of isolation and disorders of the mental sphere. The early implementation of diagnostics permits to apply an appropriate treatment method and contributes to the improvement of the women's quality of life with uroGINEKOLOGICAL disorders.

Keywords: uroGINEKOLOGY, urinary incontinence, quality of life.

Wstęp

Problematyka zaburzeń uroGINEKOLOGICZNYCH spotyka się z dużym zainteresowaniem w aspekcie medycznym oraz psychospołecznym. Nietrzymanie moczu stanowi poważny problem zdrowotny współczesnego społeczeństwa, ponieważ jest jednym z objawów najczęściej występujących przewlekłych chorób kobiecych. Szacuje się, że występuje u około 27% kobiet na świecie [1]. Zgodnie z definicją Międzynarodowego Towarzystwa Kontynencji nietrzymanie moczu to zgłoszenie przez pacjentkę jakiegokolwiek mimowolnego wycieku moczu. Istnieje wiele klinicznych postaci nietrzymania moczu u kobiet, których przyczyn należy szukać w zaburzeniach neurologicznych, strukturalnych i hormonalnych organizmu kobiety [2]. Według International Continence Society (ICS) nietrzymanie moczu można podzielić na kilka rodzajów. Pierwszym z nich jest wysiłkowe nietrzymanie moczu, które charakteryzuje się bezwiednym wypływaniem niewielkich ilości moczu bez uczucia parcia. Przy tym rodzaju nietrzymania moczu częstotliwość mikcji w ciągu dnia i nocy nie ulega

zmianie. O nagłym nietrzymaniu moczu mówi się wówczas, gdy występuje mimowolne gubienie moczu pod wpływem przymusowego parcia. Parcie nagłe opisywane jest jako odczucie nagłej i trudnej do opanowania potrzeby oddania moczu. Przyczyną nagłego nietrzymania moczu może być niestabilność pęcherza moczowego lub jego nadmierna pobudliwość. Mieszaną postać nietrzymania moczu rozpoznaje się wówczas gdy współistnieją objawy wysiłkowego nietrzymania moczu i nagłego nietrzymania moczu. Kolejnym typem nietrzymania moczu jest nietrzymanie moczu z przepełnienia. Ten rodzaj nietrzymania moczu spowodowany jest upośledzoną kurczliwością wypieracza, która prowadzi do nadmiernego wypełnienia pęcherza moczowego. ICS w swoim podziale uwzględniło jeszcze nietrzymanie moczu spowodowane przyczynami pozazwieraczowymi, które wyróżnia się wyciekaniem moczu przez przetokę, niezależnie od pory dnia [3]. Niewątpliwie nietrzymanie moczu wpływa na jakość życia kobiet. Analizując holistyczny charakter jakości życia można wyróżnić takie wyznaczniki jak: stan somatyczny,

możliwość funkcjonowania, ogólny stan zdrowia, objawy chorobowe, dobrostan psychiczny, zmaganie się z przeciwnościami czy satysfakcja z życia i wsparcie społeczne. Choroba, jak i leczenie, wywierają bezpośredni wpływ na stan fizyczny i psychiczny pacjentki, pośrednio na jej sytuację społeczną oraz ekonomiczną. W literaturze proponuje się w medycynie nowe ujęcie jakości życia, które akcentuje aktywne wykorzystanie procesu leczenia na wprowadzanie przez chorego zmian w poznawczym charakterze jakości życia oraz przyspieszaniu procesu jego zdrowienia [4].

Sfera życia społecznego

Zagadnienie wpływu zaburzeń uroginologicznych na jakość życia kobiet i funkcjonowanie w społeczeństwie jest przedmiotem wielu badań naukowych. Z badań przeprowadzonych przez Dutkiewicza na grupie 60 kobiet po 50 r.ż. wynika, że nietrzymanie moczu w sposób znaczący obniża jakość życia. Większość badanych kobiet (91,7%) oświadczyło, że z powodu nietrzymania moczu zostały zmuszone do zmiany swoich przyzwyczajeń oraz unikania kontaktów towarzyskich. W badanej grupie 40 kobiet odczuwało lęk przed zmożeniem ubrania, a 35 obawiało się przykrego zapachu. Akcentowane czynniki w dużym stopniu oddziałują na życie społeczne i mogą być przyczyną izolacji. Pomimo zakłopotania i wstydu, jaki dotyka kobiety z zaburzeniami uroginologicznymi, to badane pacjentki zadeklarowały, że odczuły większą serdeczność ze strony otoczenia (10%), a nawet nadopiekuńczość (18,7%). Jednak 35 kobiet było zdania, że rodzina dystansuje się od nich, a ponad połowa kobiet uważała, że znajomi unikają ich [5]. Negatywny stosunek ze strony najbliższego otoczenia do osób z zaburzeniami uroginologicznymi jest dodatkowym obciążeniem psychicznym, którego konsekwencją może być szkodliwy wpływ na zdrowie psychiczne.

Podobne badania dotyczące psychospołecznych następstw nietrzymania moczu zostały przeprowadzone przez Stadnicką i współautorów. Badacze uważają, że nietrzymanie moczu ma negatywny wpływ na kondycję psychiczną kobiet, wywołuje zdenerwowanie, lęk i często prowadzi do obniżonej samooceny. Natomiast społeczne konsekwencje nietrzymania moczu ujawniają się w postaci ograniczenia kontaktów towarzyskich, aktywności fizycznej czy pogorszeniem relacji rodzinnych. Ponad jedna trzecia ankietowanych stwierdziła, że mąż jest zaniepokojony ich stanem zdrowia, a 13,2 % respondentek w ogóle nie poinformowała męża o swojej chorobie. W badaniu stwierdzono istotną statystycznie zależność ($p < 0,05$) pomiędzy odczuciami związanymi z mimowolnym wypływem moczu, a wiekiem kobiet. Badana zależność dotyczyła zarówno ogólnej oceny stanu zdrowia, wykonywania prac domowych, codzien-

nych czynności poza domem, aktywności fizycznej, podróžowania, kontaktów z ludźmi, jak i relacji z partnerem, zaburzeń snu czy samooceny. Co ciekawe, żadna z ankietowanych kobiet nie stwierdziła, że nietrzymanie moczu nie ma wpływu na jakość życia [6].

Interesujące badanie zostało przeprowadzone przez Radziszewskiego i wsp., które miało na celu zbadanie postrzegania problemu nietrzymania moczu przez kobiety w Polsce. Zdaniem ankietowanych nieprzyjemny zapach (44%) i popuszczanie moczu (43%) to najbardziej uciążliwe konsekwencje nietrzymania moczu. Blisko 1/3 badanych była zdania, że poczucie braku kontroli nad własnym ciałem w znaczący sposób utrudnia funkcjonowanie w społeczeństwie [7]. Podobne wnioski w swoich badaniach opisali Riss i Kargl. Autorzy wykazali, że jakość życia kobiet z parciem naglącym i nietrzymaniem moczu z parcia jest niższa w porównaniu z jakością życia kobiet dotkniętych wysiłkowym nietrzymaniem moczu [8]. Czynnikiem, który znacznie obniżył jakość życia w ww. badaniu był brak kontroli nad własnym ciałem. Spowodowane jest to parciem naglącym, przez które kobiety nie są w stanie przewidzieć epizodu wycieku moczu. Kolejnym badaniem opisującym wpływ zaburzeń uroginologicznych na jakość życia kobiet jest europejskie badanie przeprowadzone w Holandii, które miało na celu ocenę jakości życia młodych kobiet z objawami nadreaktywności pęcherza moczowego i wysiłkowego nietrzymania moczu. Omawiane badanie pokazało, że największy wpływ na obniżenie jakości życia miały objawy nadreaktywności pęcherza moczowego i nietrzymania moczu z powodu parć naglących. Okazało się, że objawy wysiłkowego nietrzymania moczu nie oddziaływały w sposób aż tak negatywny na życie kobiet, w korelacji z objawami nadreaktywności pęcherza moczowego. Respondentki z objawami pęcherza nadreaktywnego musiały ograniczyć aktywność fizyczną (22%) oraz towarzyską (8,2%) [9]. Schimpf i wsp. również udowodnili, że pacjentki z nietrzymaniem moczu z parcia przejawiały niższą jakość życia. Wykazano u nich zmniejszoną chęć podróžowania i uczestniczenia w życiu towarzyskim [10]. Jak pokazują przytoczone badania, nietrzymanie moczu niezależnie od postaci klinicznej w istotny sposób obniża jakość życia kobiet. W związku z tym, że jest to dolegliwość bardzo intymna często towarzyszy jej wstyd i zakłopotanie. Wśród wielu badań klinicznych oceniających nadreaktywność pęcherza moczowego na większą uwagę zasługuje badanie Irwina, które objęło zasięgiem 6 państw europejskich (Włochy, Niemcy, Francję, Wielką Brytanię, Szwecję oraz Hiszpanię). W badaniu oceniono, że nadreaktywność pęcherza moczowego oddziałuje na relację międzyspołeczną chorych, na ich aktywność

w życiu prywatnym i zawodowym. Ponad 76% ankietowanych zadeklarowało, że objawy nadreaktywności pęcherza moczowego utrudniają im codzienne funkcjonowanie i wymuszają modyfikację stylu życia. W przypadku 28% respondentów istniała ciągła obawa przed nieoczekiwanym wystąpieniem objawów pęcherza nadreaktywnego. Mężczyźni wskazali, że objawy nadreaktywności pęcherza moczowego mają znaczący wpływ na ich codzienną aktywność i w większym stopniu niż kobiety czują obawę przed spotkaniami towarzyskimi (mężczyźni – 38%, kobiety – 21%), częściej rezygnują z pracy czy starają się o wcześniejszą emeryturę (mężczyźni – 27%, kobiety – 4%) [11]. Nasilenie objawów nietrzymania moczu oraz czas trwania choroby powodują w znacznym stopniu obniżenie komfortu życia, aktywności w życiu prywatnym i zawodowym. Powodują stopniowe wycofywanie się z życia towarzyskiego. Dlatego tak duży nacisk kładzie się na wczesne rozpoznanie objawów choroby i wdrożenie odpowiedniego leczenia, które pozwoli na poprawę jakości życia pacjentek dotkniętych zaburzeniami uroginekologicznymi.

Strefa życia seksualnego

Problematyka funkcjonowania seksualnego kobiet z zaburzeniami uroginekologicznymi spotyka się z zainteresowaniem nie tylko w aspekcie medycznym, ale również psychospołecznym. Shifren w swoich badaniach dotyczących funkcjonowania seksualnego kobiet stwierdził, że większość kobiet uważa seksualność za istotną część swojego życia. Wśród czynników, które przyczyniają się do satysfakcjonujących funkcji seksualnych można wymienić: stan zdrowia w aspekcie fizycznym i psychicznym, zmienne odnoszące się do relacji uczuciowych, a także dostępność partnera, nietrzymanie moczu oraz suchość pochwy. Autor zwrócił uwagę na pewne powszechnie występujące zjawisko, które dotyczy braku rozmowy pacjentki z lekarzem na temat doświadczanych przez nią problemów seksualnych [12]. Ocena korelacji zaburzeń uroginekologicznych u kobiet z jakością związku z partnerem jest trudnym zadaniem. Z jednej strony dotyczy wstydliwego problemu, jakim jest gubienie moczu, a z drugiej porusza intymne elementy relacji z partnerem. Pilarska i wsp. analizując wpływ nietrzymania moczu na związek z partnerem, udowodniła, że kobiety dotknięte nietrzymaniem moczu odczuwały obniżone poczucie atrakcyjności, które negatywnie wpłynęło na poczucie spełnienia i zadowolenia. Okazało się, że istnieje związek między nasileniem objawów, a poczuciem atrakcyjności. Im czas trwania dolegliwości był dłuższy i większa była częstotliwość gubienia moczu, tym poczucie atrakcyjności było

mniejsze, co przekładało się na jakość związku pary. Autorzy jasno pokazali, że inkontynencja utrudnia współżycie i wpływa na jego satysfakcję, ale nie wszystkie kobiety unikały z tego powodu kontaktów seksualnych [13]. Podobne wnioski wysunięto z badania EpiLUTS, które oceniało funkcje seksualne. Respondenci wskazywali na istotne pogorszenie jakości życia seksualnego w przypadku istnienia nietrzymania moczu z parcia [14]. Z badania, które porównywało wpływ objawów nadreaktywności pęcherza moczowego oraz wysiłkowego nietrzymania moczu na jakość życia i aktywność seksualną koreańskich kobiet, jasno wynika, że kobiety z wysiłkowym nietrzymaniem moczu miały wyższą jakość życia w porównaniu do ankietowanych kobiet dotkniętych objawami pęcherza nadreaktywnego, które deklarowały większe odczucia nasilenia dolegliwości ze strony dróg moczowych [15]. Interesujący jest fakt, że zarówno mężczyźni, jak i kobiety uważają, że zaburzenia dolnych dróg moczowych mają negatywny wpływ na ich relacje partnerskie [16]. Miedziejko i wsp. wyraźnie akcentują, że właściwe leczenie uroginekologiczne i poprawna opieka ginekologiczna, która uwzględnia aspekt seksuologiczny daje kobietom możliwość realizowania swoich potrzeb seksualnych [17].

Sfera życia emocjonalnego i psychicznego

Zaburzenia uroginekologiczne, z uwagi na intymny charakter symptomów oraz ich uciążliwość, w codziennym życiu wywierają ogromny wpływ zarówno na kondycję psychiczną kobiet, jak ich rodzin i najbliższego otoczenia. Są źródłem frustracji wielu potrzeb o charakterze psychologicznym, społecznym i egzystencjalnym [18, 19]. Z przeprowadzonych badań wynika, że depresja i lęk występują u kobiet leczonych z powodu nietrzymania moczu. Oceny poziomu lęku i depresji u kobiet z nagłym nietrzymaniem moczu podjął się Perry i wsp., którzy stwierdzili, że u 56,6% ankietowanych kobiet występował lęk, a u 37,6% – depresja. Autorzy udowodnili, że te dwa wymiary u niektórych badanych związane były z nasileniem objawów nietrzymania moczu [20]. Interesujące jest to, że niektórzy badacze dostrzegają związek między nietrzymaniem moczu, a depresją. Nygaard i wsp. stwierdzili, że kobiety o najwyższym stopniu nietrzymania moczu w 80% mają objawy depresyjne, natomiast na 40% oceniono ryzyko zachorowania na depresję tych kobiet, które miały słabsze nasilenie dolegliwości [21]. Inni badacze sugerują, że nagłe nietrzymanie moczu i depresja mają wspólne podłoże neurochemiczne, które przypuszczalnie charakteryzuje się obniżonym poziomem serotoniny [22]. Co ciekawe, są również naukowcy, którzy nie zgadzają się

ze stwierdzeniem, że istnieje korelacja między inkontynencją, a wystąpieniem epizodu depresji. Wyniki badań tych autorek udowadniają, że porównywalne proporcje osób z nietrzymaniem moczu, co bez tych symptomów obserwują u siebie stany depresyjne. Jednak ich zdaniem pacjenci dotknięci nietrzymaniem moczu doświadczają większego stresu psychologicznego [23]. Należy zwrócić uwagę na badania, które pokazują, że współzależność nietrzymania moczu, depresji i stresu psychologicznego jest niewielka, ponieważ w miarę trwania choroby osoby dotknięte nietrzymaniem moczu przyzwyczajają się do swoich przypadłości: objawy spowodowane początkowo wyższym poziomem stresu zmniejszają się wraz z upływem czasu [24].

Podsumowanie

W publikacjach opisujących zagrożenie jakości życia kobiet z zaburzeniami uroginekologicznymi, obok zastosowania nowych form leczenia, dużym zainteresowaniem cieszy się holistyczne ujęcie problemu, które opisuje wpływ czynników psychologicznych, społecznych i relacyjnych na jakość życia. Niewątpliwie objaw, jakim jest inkontynencja, w sposób negatywny oddziałuje na codzienność życia kobiet. Powoduje ich zakłopotanie, wywołuje poczucie wstydu i zażenowania. Zaburza funkcjonowanie w normalnym życiu, odciska piętno na relacji z partnerem i kondycji psychicznej. Interesujące jest to, że w większości publikacji autorzy wykazali, że niższą jakość życia prezentują kobiety z nietrzymaniem moczu o typie parć nagłych. Okazało się, że czynnikiem znacznie obniżającym jakość życia w tym typie nietrzymania moczu jest brak kontroli nad własnym ciałem, w rezultacie którego kobiety nie mogą przewidzieć epizodu wycieku moczu. Z literatury przedmiotu wynika, że objawy wysiłkowego nietrzymania moczu nie oddziaływały w sposób aż tak negatywny na jakość życia kobiet w porównaniu z objawami nietrzymania moczu z parć nagłych. Należy podkreślić, że nasilenie objawów nietrzymania moczu oraz czas trwania choroby w znacznym stopniu obniżają jakość życia, dlatego najlepszym rozwiązaniem jest wczesne rozpoznanie choroby i wdrożenie odpowiedniego leczenia, które pozwoli na poprawę jakości życia kobiet dotkniętych zaburzeniami uroginekologicznymi.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Wu JM, Hundley AF, Fulton RG, Myers ER. Forecasting the prevalence of pelvic floor disorders in U.S. women: 2010 to 2050. *Obstet Gynecol.* grudzień 2009;114(6):1278–83.
2. Bump RC, Norton PA. Epidemiology and natural history of pelvic floor dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 1 grudzień 1998;25(4):723–46.
3. Surkont G, Wlazlak E, Suzin J. Nietrzymanie moczu u kobiet – problem społeczny, medyczny i naukowy. *Przegląd Menopauzalny.* 1 stycznia 2003; 1:59–65.
4. Michalak A, Krawczyk K, Bocian R, Okraszewski J, Wroński K. Quality of life. *Ginekol Prakt.* 25 czerwiec 2009;17(2):33–7.
5. Dutkiewicz S, Kapusta K. Risk factors and quality of life in urinary incontinence females in the Care and Medical Centre in Kielce. *Menopause Rev Menopauzalny.* 28 grudzień 2011;10(6):493–9.
6. Stadnicka G, Janik M, Klusek Cł, Kozak AP. Psychospołeczne następstwa nietrzymania moczu. *Med Ogólna Nauki o Zdrowiu.* 8 lipiec 2014;20(2):136–40.
7. Radziszewski P, Bender S, Borowski J, Borkowski T, Bres-Niewada E, Borkowski A. Perception of urinary incontinence (UI) among women in Poland. *Menopause Rev Menopauzalny.* 5 listopad 2011;10(5):405–11.
8. Riss P, Kargl J. Quality of life and urinary incontinence in women. *Maturitas.* 1 luty 2011;68(2):137–42.
9. Vaart CH, Leeuw R, Roovers JPWR, Heintz APM. Van Der Vaart CH, De Leeuw JR, Roovers JP & Heintz AP: The effect of urinary incontinence and overactive bladder symptoms on quality of life in young women. *BJU Int.* 90, 544–549. *BJU Int.* 1 listopad 2002;90:544–9.
10. Schimpf MO, Patel M, O'Sullivan DM, Tulikangas PK. Difference in quality of life in women with urge urinary incontinence compared to women with stress urinary incontinence. *Int Urogynecology J.* 1 lipiec 2009;20(7):781–6.
11. Irwin DE, Milsom I, Kopp Z, Abrams P, Cardozo L. Impact of overactive bladder symptoms on employment, social interactions and emotional well-being in six European countries. *BJU Int.* 6 grudzień 2005;97(1):96–100.
12. Shifren JL. Increasing our understanding of women's sexuality at midlife and beyond. *Menopause.* 1 listopad 2011;18(11):1149–51.
13. Pilarska B, Ossowski R, Szewczyk M, Jarzowski P. Urinary incontinence in women and the quality of a relationship with a partner. *Pielęgniarstwo Chir Angiol Vasc Nurs.* 7 grudzień 2017;2017(3):101–8.
14. Coyne KS, Sexton CC, Thompson C, Kopp ZS, Milsom I, Kaplan SA. The Impact of OAB on Sexual Health in Men and Women: Results from EpiLUTS. *J Sex Med.* 1 czerwiec 2011;8(6):1603–15.
15. Oh Seung-June, Ku Ja Hyeon, Choo Myung-Soo, Yun Jong Min, Kim Duk Yoon, Park Won-Hee. Health-related quality of life and sexual function in women with stress urinary incontinence and overactive bladder. *Int J Urol.* 1 stycznia 2008;15(1):62–7.
16. Nilsson M, Lalos A, Lalos O. The impact of female urinary incontinence and urgency on quality of life and partner relationship. *Neurourol Urodyn.* 19 luty 2009;28(8):976–81.
17. Miedziejko A, Jarzabek-Bielecka G, Król A, Pisarska-Krawczyk M, Wilczak M, Kędzia W, Wróbel M. Ocena potrzeb i reakcji seksualnych kobiet ze stwierdzonym w wywiadzie problemem zaburzeń statyki narządów płciowych i nietrzymania moczu. *Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu.* 2014; 1(38) ; 9–12.
18. Papanicolaou S, Hunskar S, Lose G, Sykes D. Assessment of bothersomeness and impact on quality of life of urinary in-

- continence in women in France, Germany, Spain and the UK. *BJU Int.* październik 2005;96(6):831–8.
19. Chiaffarino F, Parazzini F, Lavezzari M, Giambanco V, Gruppo Interdisciplinare di Studio Incontinenza Urinaria (GISIU). Impact of urinary incontinence and overactive bladder on quality of life. *Eur Urol.* maj 2003;43(5):535–8.
20. Perry S, McGrother CW, Turner K, Leicestershire MRC Incontinence Study Group. An investigation of the relationship between anxiety and depression and urge incontinence in women: development of a psychological model. *Br J Health Psychol.* wrzesień 2006;11(Pt 3):463–82.
21. Nygaard I, Turvey C, Burns TL, Crischilles E, Wallace R. Urinary incontinence and depression in middle-aged United States women. *Obstet Gynecol.* styczeń 2003;101(1):149–56.
22. Nuotio M, Jylhä M, Luukkaala T, Tammela TLJ. Urinary incontinence in a Finnish population aged 70 and over. *Scand J Prim Health Care.* styczeń 2003;21(3):188–92.
23. Fultz NH, Herzog AR. Self-reported social and emotional impact of urinary incontinence. *J Am Geriatr Soc.* lipiec 2001;49(7):892–9.
24. Bogner HR, Gallo JJ, Swartz KL, Ford DE. Anxiety disorders and disability secondary to urinary incontinence among adults over age 50. *Int J Psychiatry Med.* 2002;32(2):141–54.

Zaakceptowano do edycji: 20.02.19
Zaakceptowano do publikacji: 27.03.19

Adres do korespondencji:

Karolina Kozłowska
Klinika Zdrowia Matki i Dziecka
ul. Polna 33
60-535 Poznań
tel.: 618419273
fax. 618419288
e-mail: ka_kozlowska@wp.pl



CZASOPISMA BRANŻOWE W DOSKONALENIU ZAWODOWYM SPECJALISTÓW Z ZAKRESU PROMOCJI ZDROWIA I EDUKACJI ZDROWOTNEJ

PROFESSIONAL MAGAZINES IN PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF HEALTH PROMOTERS AND HEALTH EDUCATORS

Paweł F. Nowak

Wydział Wychowania Fizycznego i Fizjoterapii, Politechnika Opolska, Opole

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.2>

STRESZCZENIE

Sukces rynkowy i efektywne wykonywanie różnorodnych zadań społecznych wynikających z przyjęcia roli promotora zdrowia wymaga stałego poszerzania swoich kompetencji zawodowych. To profesja wymagająca rozległej interdyscyplinarnej wiedzy, która bardzo szybko ulega dezaktualizacji. Jednym, relatywnie rzadko wykorzystywanym źródłem w instytucjonalnym doskonaleniu, kierowanym doskonaleniu zawodowemu czy autoaktualizacji i poszerzaniu zawodowych kompetencji są czasopisma specjalistyczne, które koncentrują się na aktualnych trendach w określonej branży.

Cel pracy. Celem pracy jest ukazanie znaczącej roli czasopism branżowych w doskonaleniu zawodowym promotorów, edukatorów zdrowia w kontekście współcześnie rozwijających się źródeł wiedzy, a także przyczyn jej regresu.

Wyniki. Istnieje problem jakości prasy branżowej. Zauważyć można kryzys postaw wobec edukacji permanentnej, a także problemy z wyborem źródeł informacji, selekcją treści (nieograniczonych zasobów wiedzy) znajdujących się w powszechnym, otwartym dostępie w środowisku internetowym. Niestety wolnorynkowe mechanizmy ograniczają rozwój prasy branżowej i tym samym wpływają na obniżenie jej jakości, która wynika wprost ze źródeł finansowania tego rodzaju działalności.

Wnioski. Z pewnością istnieje potrzeba fachowych, zapewniających wysoki poziom merytorycznych treści czasopism wspierających i integrującego środowiska promotorów, edukatorów zdrowia. Potrzebny jest również nadzór ekspercki nad tego rodzaju periodykami.

Słowa kluczowe: prasa branżowa, źródła wiedzy o zdrowiu, promotor zdrowia.

ABSTRACT

The market success as well as effective performance of various social tasks – resulting from the role of promoter of health – requires continuous improvement of professional competencies. This is a profession that requires extensive interdisciplinary knowledge, that is very rapidly outdated.

One of the relatively rarely used sources of knowledge – in institutional training, directed professional development, updating and extension of professional competence – are specialized magazines focused on current trends in a particular branch.

Aim. Showing the significant role of professional journals in promoting promoters, health educators – in the context of contemporary developing sources of knowledge and causes of its regression was the main objective of this study.

Results. There is a problem of the quality of this press, and above all, there is a crisis, among others. attitudes towards permanent education or resulting from the choice of information sources or content selection – unlimited knowledge resources, contained in open access online. Unfortunately, free-market mechanisms limit the development of sector press and thus affect the reduction of its quality; lowering quality which results directly from the financing sources for this type of activity.

Conclusions. There is certainly the need for professional content, that ensures high substantive level of journals supporting and integrating the environment of promoters and health educators. The expert supervision over this kind of periodicals is also needed.

Keywords: professional journals, sources of health knowledge, health promoter.

Wprowadzenie

Znamienną cechą współczesnego świata jest technologiczna ekspansja, którą dostrzec można w wielu wymiarach ludzkiego funkcjonowania. Determinuje ona styl życia społeczeństw (pracę zawodową i sferę czasu wolnego), co niewątpliwie jest dużym wyzwaniem dla edukacji przyszłego pokolenia. Technologie cyfrowe zmieniają sposób pozyskiwania, przetwarzania i gromadzenia informacji [1]. Nowe media rozwiązują problem, z którym ludzkość borykała się przez setki lat – powszechny dostęp do edukacji, otwarty dostęp do wiedzy. Warto również zdać sobie spra-

wę z faktu, iż obecnie to nadmiar informacji jest większym problemem niż jej niedomiar. Otoczeni, a nawet osaczeni, wiedzą ludzie mają coraz większy problem z wyborem informacji użytecznych, z rozpoznaniem wiarygodnego źródła. Pomimo coraz lepszych wyszukiwarek i tak niełatwo jest poruszać się w informacyjnym chaosie i radzić sobie w gospodarce wolnorynkowej opartej na wiedzy i technologicznych innowacjach. Pojawiają się również dylematy, na ile nowe media dokładnie odzwierciedlają, a na ile kreują naszą rzeczywistość [2].

Instytucje oświatowe nie są już głównym dostawcą wiedzy niezbędnej do codziennego funkcjonowania. Obecnie ich priorytetowym zadaniem jest kształtowanie twórczej adaptacji w zmieniającej się rzeczywistości społecznej, a co za tym idzie, rozwijanie umiejętności wyszukiwania przydatnych treści [3]. Źródła i kanały dystrybucji informacji ulegają coraz to szybszej dywersyfikacji. Współczesne rozwiązania technologiczne pozwalają na to, by człowiek uczył się nie tylko w budynku placówki edukacyjnej, ale w różnych miejscach, w których przebywa, w sytuacjach związanych zarówno z obowiązkami rodzinnymi, transportem czy spędzaniem czasu wolnego. Nowoczesne podejście do edukacji, szczególnie autoedukacji, zakłada mobilność (np. m-learning) [4]. Człowiek może się uczyć wszędzie, ale co jest bardziej istotnie, powinien się uczyć, a nie być nauczany. Dzięki technologii mobilnej i jej coraz większym potencjałom do jej interaktywności, może aktywnie uczestniczyć w procesie doskonalenia swoich zdolności poznawczych [5, 6]. Edukacja na odległość, pozbawiona bądź z ograniczonym udziałem nauczyciela, nie jest jedynym trendem. Zjawiskiem, o którym coraz częściej jest głośno, to cyborgizacja edukacji, czyli poszerzanie możliwości percepcyjnych człowieka poprzez coraz większe scalanie go z technologią [7].

Powyższe rozwiązania są powszechnie wykorzystywane w doskonaleniu zawodowym – megatrendzie, który sukcesywnie od wielu lat zyskuje na znaczeniu w wielu profesjach. Aktualizowanie, pogłębianie, rozszerzanie kompetencji zawodowych są cechami charakterystycznymi współczesnych społeczeństw nastawionych na rozwój. W obszarze nauk medycznych, nauk o zdrowiu, obserwuje się dynamiczny przyrost wiedzy, która też szybko ulega dezaktualizacji. Powyższa sytuacja wymusza konieczność nieustannego doskonalenia zawodowego. Nie jest ono podyktowane już tylko chęcią uzyskania awansu zawodowego, jest coraz częściej wymogiem koniecznym, by utrzymać swoje stanowisko pracy [8]. Teoretycy od wielu lat akcentują obligatoryjność kształtowania pozytywnych postaw wobec edukacji ustawicznej, zarówno na poziomie przestrzeni oświatowej, jak i szkolnictwa wyższego [9]. Jest to istotne, ponieważ z badań wynika, iż ok 70% dorosłych Polaków nie podnosi swoich kompetencji w żaden sposób, nie uczestniczy w żadnych formach doskonalenia. W tej dziedzinie Polska plasuje się zdecydowanie poniżej średniej krajów Unii Europejskiej, szczególnie w ramach kształcenia pozaformalnego [10].

Celem niniejszej pracy jest ukazanie znaczącej roli czasopism branżowych w doskonaleniu zawodowym promotorów, edukatorów zdrowia w kontekście współcześnie rozwijających się źródeł wiedzy. Próbę analizy problemów

i ograniczeń w rozwoju prasy branżowej dokonano na podstawie wieloletniej obserwacji uczestniczącej niejawnej, będąc współpracownikiem wielu redakcji magazynów branżowych i lifestyle'owych, a także redaktorem naczelnym czasopisma branżowego z zakresu edukacji zdrowotnej.

Promotor zdrowia jako profesja

W Polsce w 2004 roku usankcjonowano prawnie zawód promotora zdrowia [11]. W wyniku cyklicznej nowelizacji przepisów dotyczących klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy ostatecznie wyodrębniono zawód o nazwie *specjalista promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej*. W opisie zawodu o przypisanym kodzie 229102 można przeczytać, że to specjalista, który prowadzi działania promujące zdrowie i zdrowy styl życia skierowane do szerokiej grupy społecznej. Podstawowym celem jego pracy jest *aktywizowanie społeczności lokalnej do działań na rzecz zdrowia, popieranie i rozwijanie postaw prozdrowotnych, rozwijanie wiedzy i umiejętności w promowaniu zdrowia własnego i innych*. Potencjalne zadania specjalisty promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej to m.in. identyfikowanie zagrożeń zdrowotnych społeczeństwa w regionie; określanie indywidualnych i społecznych potrzeb zdrowotnych, opracowywanie, wdrażanie, realizacja i ewaluacja programów promocji zdrowia. Ważnymi zadaniami są także organizowanie edukacji zdrowotnej oraz realizowanie we współpracy z różnymi instytucjami, organizacjami państwowymi i społecznymi programów promocji zdrowia. To bardzo szeroki zakres zadań osoby, która może być zatrudniona w instytucjach ochrony zdrowia i opieki medycznej, jednostkach administracji publicznej, instytucjach naukowo-badawczych oraz innych podmiotach zajmujących się promocją zdrowia [12, 13].

Należy zdawać sobie sprawę, że promotor zdrowia, edukator w zakresie zdrowego stylu życia, to nie tylko zawód, ale nade wszystko rola społeczna, w którą od wielu lat wcielają się lekarze, pielęgniarki, fizjoterapeuci, psychoterapeuci, przedstawiciele innych profesji, których praca zogniskowana jest bezpośrednio na ludziach. Nie można zapomnieć o nauczycielach, Drabik [14] uważa, że każdy nauczyciel w szkole jest nauczycielem zdrowia, bez względu na to, jakiego przedmiotu uczy. Edukacja zdrowotna jako ważne zadanie szkoły została wpisana w 2008 roku do bloku tematycznego podstawy programowej kształcenia ogólnego w postaci bloku tematycznego obowiązkowego do realizacji przez nauczycieli wychowania fizycznego [15]. W obecnie obowiązującym rozporządzeniu zyskała na jeszcze większym znaczeniu, gdyż jest jednym z czterech, a nie jak dotychczas siedmiu, bloków tematycznych. W nowej podstawie programowej wska-

zono, że nauczyciel wychowania fizycznego na każdym etapie edukacji ma za zadanie wychowywać do wartości prozdrowotnych, przekazywać wiedzę i rozwijać praktyczne umiejętności w zakresie zdrowego stylu życia, a zatem wcielić się w rolę promotora zdrowia [16].

Trudność w doskonaleniu

Szeroki profil zawodowych kompetencji promotora zdrowia sprawia trudność, zarówno w wykształceniu takiego specjalisty, jak i jego doskonaleniu. Kulmatycki [17] wymienia sześć grup podstawowych kompetencji promotora zdrowia, są to: koncepcyjne, organizacyjne, edukacyjne, komunikacyjne, współpracy, marketingowe.

W związku ze złożonością uwarunkowań ludzkiego zdrowia, promocję zdrowia jako interdyscyplinarny obszar działań teoretyków i praktyków cechuje wieloaspektowość. Green i Kreuter [18] twierdzą, że promocja zdrowia jest połączeniem działań edukacyjnych oraz różnego rodzaju wsparcia środowiskowego, społecznego, politycznego, ekonomicznego, prawnego i taktycznego – sprzyjających zdrowiu. Według Tones i Green [19] promocja zdrowia jest połączeniem edukacji zdrowotnej i prozdrowotnej polityki publicznej. A zatem szeregiem działań nie tylko o charakterze bezpośrednich interwencji w obszarze wzmacniania, rozwijania potencjału zdrowia poprzez dokonywanie zmian w stylu życia, ale i tworzeniem warunków w środowisku, by te zmiany ułatwiać. Wielo-sektorowość działań praktycznych i naukowa interdyscyplinarność (promocja zdrowia korzysta zarówno z zasobów nauk biologicznych, jak i humanistycznych oraz społecznych) jest dużym potencjałem dla działań zarówno o charakterze konceptualistycznym, jak i interwencyjnym [20, 21]. Z drugiej zaś strony interdyscyplinarność stwarza liczne problemy. W praktyce wiele naukowych gremiów i środowisk praktyków dopomina się czystości reprezentowanych przez siebie dyscyplin i nie pozwala wkraczać na swoje pole eksploracji badawczej osób formalnie nie wykształconych w określonym kierunku. Tego typu sytuacja nie pomaga rozwijać się promotorom zdrowia pracującym na styku wielu dyscyplin, w wielu różnych obszarach życia społecznego. Ich zadania i środowisko pracy mogą być bardzo zróżnicowane. Ustalenie dokładnego profilu kompetencji promotora, edukatora zdrowia, to główny problem rzutujący na doksztalcenie i doskonalenie się w tej profesji.

Źródła wiedzy specjalistycznej

Źródła wiedzy wykorzystywane w doskonaleniu zawodowym można podzielić na trzy grupy. Pierwsza to wydawnictwa naukowe (monografie, czasopisma naukowe,

podręczniki akademickie). Druga grupa to czasopisma branżowe i poradniki zawodowe. Natomiast trzecia i najszersza grupa to prasa lifestylowa, internetowe serwisy multitematyczne, telewizyjne kanały tematyczne, media społecznościowe itp.

Publikacje naukowe, chociaż najbardziej merytoryczne pod względem jakości, są w istocie tworzone przez naukowców i dla naukowców, osób przygotowanych do percepcji wysokospecjalistycznych treści. Język tych publikacji często jest językiem teoretyków i może być zupełnie niezrozumiały przez grupę praktyków realizujących zadania z określonego obszaru dyscypliny naukowej. Na drugim biegunie powyższej klasyfikacji, znajdują się publikacje powszechnie dostępne, ich nakład jest największy, gdyż mają najszerszą rzeszę odbiorców. Treści w nich zawarte, są zazwyczaj ogólnikowe, niepogłębione merytorycznie i skupiają się wyłącznie na wyjaśnianiu określonego problemu oraz praktycznych poradach. Język, tych z reguły krótkich artykułów, jest nieskomplikowany, nienasycony fachowym słownictwem, jest wręcz potoczny. W tym wypadku wydawcy chodzi o to, by każdy mógł zrozumieć i z przyjemnością zainteresować się lekturą, która ma za zadanie poszerzać horyzonty. Tego rodzaju treści mają także spełniać funkcje rozrywkową – do poczytania w czasie wolnym, dla relaksu. Dlatego też informacje, sposób ich prezentacji, nie wymaga od odbiorcy przygotowania, zbytnej koncentracji i dużego wysiłku intelektualnego. Z całą pewnością tzw. *prasa kolorowa*, popularne multitematyczne portale internetowe czy kanały telewizji tematycznych (poradnikowych, popularnonaukowych) nie mogą być głównym źródłem wiedzy dla specjalistów, nie mogą wchodzić w kanon obowiązkowych lektur w ramach samokształcenia czy doskonalenia zawodowego.

Dla specjalistów, praktyków dedykowane są materiały specjalistyczne, branżowe, których treści są znacznie pogłębione i które tworzone w oparciu o rzetelne źródła naukowe. Wydawnictwa branżowe, czyli książki o charakterze poradnikowym (również w formie e-booków), e-szkolenia, a także regularnie ukazujące się czasopisma specjalistyczne dla określonych grup zawodowych, stanowią najbardziej właściwe narzędzie, które z powodzeniem może być wykorzystywane w procesie doskonalenia zawodowego.

Szczególną rolę odgrywają czasopisma branżowe. Ich zalet jest bardzo wiele, to m.in. dostarczanie aktualnych i rzetelnie przygotowanych przez specjalistów informacji. To także dostarczanie praktycznych wskazówek, a nawet gotowych rozwiązań określonych sytuacji. Stanowią one swoisty pomost dla transmisji wiedzy naukowej na grunt praktyki zawodowej, podając specjalistyczną wiedzę

w przystępnej formie. Należy zwrócić uwagę, że język tego rodzaju treści jest prosty, ale nie potoczny, ponieważ redaktorzy, autorzy publikacji mają za zadanie również upowszechniać jednolite fachowe słownictwo. Czasopisma branżowe są otwartym forum wymiany poglądów, dyskusji pomiędzy specjalistami. Często są formą dzielenia się dobrymi praktykami. Mają one za zadanie wspierać, ale i inspirować do twórczego innowacyjnego wykonywania zadań zawodowych. Wydawcy tych magazynów chcą być trendsettermi dla branży, mają aspiracje, by być głosem środowiska, wyznaczać kierunki działań, nadawać rangę określonym zjawiskom itp. Każde środowisko zawodowe potrzebuje wsparcia ze strony instytucji naukowych, stowarzyszeń branżowych i prasy branżowej. A zatem tego rodzaju magazyny wpływają na integrację środowiska. Współczesny magazyn branżowy jest interaktywny, co oznacza, że odbiorca może nawet współuczestniczyć w tworzeniu treści. Interaktywność umożliwia platforma internetowa, zawierająca fora, a także inne funkcjonalności umożliwiające kontakt z zespołem redakcyjnym [22].

Prasa branżowa dla promotorów zdrowia – problemy i ograniczenia rozwoju

Rynek prasy branżowej, w związku z rozwojem internetowych portali tematycznych, niewątpliwie przeżywa kryzys. Konkurencja z taniej i przez to poczytną tzw. *prasą kolorową*, ogólnie dostępnymi, darmowymi poradami w internetowych serwisach o zdrowiu, nie jest łatwa. Niektóre czasopisma z zakresu promocji zdrowia drukowane na dobrym papierze wydawane np. przez duże sieci aptek są dystrybuowane zupełnie za darmo. Wydawcy dodatkowo muszą się mierzyć jeszcze z blogerami, celebrytami, samodzielnymi ekspertami, którzy sprzedają swoje doświadczenia i poglądy, wykorzystując nowoczesne narzędzia komunikacji marketingowej. Niektórzy szkolą się w specjalnych technikach takiego przedstawiania treści, by zmaksymalizować efekt przyciągnięcia uwagi czytelnika. Stopień zrozumiałości tekstu dla ściśle określonej grupy odbiorców analizują za pomocą specjalnego narzędzia tzw. wskaźnika mglistości języka (FOG) [23].

Zasadniczym problemem jest stosunkowo niewielka grupa potencjalnych odbiorców. Prasa lifestyle'owa poruszająca tematykę prozdrowotną wydawana jest np. dla wszystkich kobiet, natomiast magazyn branżowy, tylko dla określonej grupy zawodowej. Liczebnie skala jest nieporównywalna. Najpopularniejsze miesięczniki, w których można znaleźć treści prozdrowotne adresowane do szerokiego grona odbiorców wydawane są ze średnim nakładem od 80 do ponad 400 tys. egzemplarzy. Cza-

pisma specjalistyczne – adresowane do określonej grupy zawodowej – z uwagi na niskie nakłady (ok. 1,5–5 tys. egzemplarzy) generują wysokie koszty produkcji (również poprzez pozyskanie fachowych treści), a przez to są stosunkowo drogie dla końcowego odbiorcy i nie występują w otwartym dostępie. Oczywiście, współcześnie każde czasopismo udostępniane jest na platformie internetowej w postaci wydania elektronicznego. Jednakże drukowanie treści w wersji papierowej, choć bardziej kosztochłonne, jest postrzegane jako poważniejsze, nawet przez samych autorów, którzy z większą odpowiedzialnością podchodzą do tworzenia tekstów, nie tylko dostępnych online. Warto zwrócić uwagę, że honoraria autorskie (o ile występują) są zwyczajowo niższe w periodykach wydawanych wyłącznie w wersji elektronicznej. Istnieje zatem problem z pozyskaniem autorów, gdy wydawca nie jest w stanie zaoferować odpowiedniego wynagrodzenia za fachowo przygotowane materiały. Oszczędności w tym względzie oczywiście odbijają się na jakości publikowanych treści, które niekiedy niewiele różnią się od informacji ogólnodostępnych na portalach internetowych. Wydawcy fachowych pism, którzy w ogóle nie zakładają budżetu na pozyskanie contentu, w istocie muszą rezygnować ze ścisłych wymagań, wytycznych, co do np. tematyki proponowanych przez autorów treści. W tej sytuacji zgłaszający się autorzy proponują zazwyczaj takie materiały, poprzez które mogą przede wszystkim promować własną osobę – budować swój ekspercki wizerunek.

Problemów z autorami jest znacznie więcej, np. sprawność tworzenia materiału dydaktyczno-informacyjnego nie idzie zazwyczaj w parze z wysokim poziomem wiedzy eksperta. Większość naukowców ma problem z pisanem tekstów popularnonaukowych, poradnikowych, nie potrafi pisać w sposób „medialny” czyli taki, który byłby akceptowany przez wydawcę i przystępny dla czytelnika. Praktycy zaś z reguły nie posiadają, poza wyłącznie własnymi doświadczeniami, odpowiedniej wiedzy teoretycznej, by stworzyć merytoryczny pogłębiony materiał.

Wydawałoby się, że specjalistyczne periodyki powinny być wolne od komercjalizacyjnych wpływów, niestety bardzo często nie utrzymałyby się bez reklamodawców. Konkurencja wydawców o uwagę klientów, sponsorów sprawia, że poradnictwo zdecydowanie wygrywa z teoretycznymi rozprawami, przecież równie ważnymi w procesie doskonalenia zawodowego. Coraz większego znaczenia nabiera forma przekazu informacji, a nie merytoryczna treść. Czytelnicy oczekują gotowych rozwiązań, nie chcą poszukiwać, czytać nazbyt ambitnych tekstów, zastanawiać się, toczyć refleksji nad kreatywnymi rozwiązaniami, chcą otrzymać gotowe rozwiązanie skrojone na

miarę ich potrzeb. Niestety, w tym jest zawarta oczywista sprzeczność. Dobre, gotowe rozwiązania (np. scenariusze zajęć prozdrowotnych, eventów) są w dużej mierze nieużyteczne dla większości (ewentualnie mogą służyć jako inspiracja). Specyfika sytuacji zmusza bowiem do tworzenia indywidualnych rozwiązań. Trudno jest jednak nie spełniać oczekiwań czytelników – klientów.

Oglądalność, klikalność, poczytność to główne kryteria sukcesu, jakie obowiązują we współczesnych mediach przy konstruowaniu produktu informacyjnego i edukacyjnego.

Aby produkt (magazyn z edukacyjnymi treściami) sprzedał się, musi być właściwie pod sprzedaż przygotowany [24]. Niestety, czasopisma branżowe ulegają rynkowej presji i niektóre produkty zbliżają się nie tylko wyglądem, ale i merytoryką do poczytnej prasy lifestylowej. Wydawcy stawiają przede wszystkim na tematykę medialną, na kolorową szatę graficzną, treści opatrzone obrazem i infografiką. Tytuły artykułów muszą być intrygujące, wzbudzające zaciekawienie, leady mają prowokować na tyle, by czytelnik zechciał przeczytać niezbyt długi tekst. Należy mieć na uwadze, że misja działalności biznesowej wydawnictw specjalistycznych w sposób naturalny kłóci się z ich misją społecznej edukacji.

Zakończenie

Niewielu edukatorów, promotorów zdrowia potrafi ocenić jakość źródeł wiedzy, ich rzetelność. Wiele informacji z zakresu zdrowia publikowanych przez środowiska naukowe, branżowe jest polemicznych czy nawet wykluczających się. Nie wszyscy zwracają uwagę na certyfikowane treści oznaczone międzynarodowym znakiem jakości HONCode, który posiadają tylko niektóre serwisy internetowe, spełniające szereg rokrocznie weryfikowanych warunków [25].

Z badań wynika, że głównym źródłem wiedzy o zdrowiu dla nauczycieli realizujących program edukacji zdrowotnej w szkole są źródła nieprofesjonalne. Około 43% badanych wskazało, że głównie korzysta z kolorowej prasy kobiecej [26].

Nieznajomość profesjonalnych źródeł, niewielka popularność prasy branżowej, wynikają z niedostatecznie ukształtowanej postawy wobec doskonalenia zawodowego. Niestety, wolnorynkowe mechanizmy ograniczają rozwój prasy branżowej i tym samym wpływają na obniżenie jej jakości, która wynika wprost ze źródeł finansowania tego rodzaju działalności.

Z pewnością istnieje potrzeba fachowych zapewnających wysoki poziom merytoryczny czasopism wspierających i integrujące środowisko promotorów, edukatorów

zdrowia. Potrzebny jest również nadzór ekspercki nad tego rodzaju periodykami. Nie posiadają one rad naukowych, recenzentów, w bardzo wielu przypadkach redaktorami prowadzącymi są osoby niewykształcone w kierunku treści prezentowanych w magazynie. Redaktor naczelny powinien być autorytetem dla czytelników, a nie tylko menagerem zarządzającym, jak to się często dzieje, kilkoma produktami – periodykami, niekiedy tematycznie znacznie od siebie odbiegającymi. Dobrym rozwiązaniem byłoby wspieranie prasy branżowej (organizacyjnie, finansowo, kadrowo) przez instytucje naukowe, które w ten sposób mogłyby wypełniać swoją misję pracy na rzecz środowiska zawodowego i popularyzacji nauki.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Żulicki R. Big Data – nowa wiedza? W: Maciąg M, Polakowski F (red.). Postęp cywilizacyjny – stan obecny i perspektywy, Lublin: Wydawnictwo Naukowe TYGIEL; 2016. 19–31.
2. Krzych BK. Rzeczywista nierzeczywistość. Media i ich upiory. W: Bałękowski K, Litwin-Lewandowska D (red.). Człowiek, kultura, społeczeństwo – perspektywa filozoficzna. Lublin: Wydawnictwo Naukowe TYGIEL; 2016. 97–113.
3. Brzezińska AI, Ziółkowska B. Przed jakimi wyzwaniem stoi dzisiaj szkoła? Studia Edukacyjne 2013;27:29–42.
4. Bougsiaa H, Kopciwicz L. Dzieci w kulturze mobilnej. Partycypacja, uczenie się i emancypacja pokolenia „cyfrowych tubylców”. Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja 2016;73:139–154.
5. Gofron B. Jaka edukacja w rzeczywistości Web 2.0? W: Gofron A, Motyl K (red.). Podstawy edukacji. Sfera wartości i zasad – konstruowanie podmiotu Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls; 2013. 63–76.
6. Nowak PF. Interaktywna edukacja zdrowotna w środkach przekazu medialnego. W: Gembalczuk I, Fedyn B (red.). Edukacja zdrowotna. Dokonania, aktualności, perspektywy. Racibórz: PWSZ; 2013. 205–214.
7. Kilichowski M, Przybyła M. Cyborgizacja edukacji – próba konceptualizacji. Studia Edukacyjne 2013;24:143–153.
8. Malewski M. Kulturowe konteksty koncepcji lifelong learning. Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja 2016;76:45–56.
9. Aleksander T. Globalne i europejskie problemy współczesnej edukacji dorosłych. Edukacja Ustawiczna Dorosłych 2015;88:9–18.
10. Worek B, Turek K, Szczucka A. Problemy i dylematy rozwoju polskiego systemu uczenia się przez całe życie. Edukacja 2015;131:151–167.
11. Rozporządzenie Ministra Gospodarki i Pracy z dnia 8 grudnia 2004 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności dla potrzeb rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. 2004 nr 265 poz. 2644).
12. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 7 sierpnia 2014 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz.U. 2014 poz. 1145).

13. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 14 lutego 2017 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz podstawy programowej kształcenia ogólnego dla szkoły podstawowej, w tym dla uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu umiarkowanym lub znacznym, kształcenia ogólnego dla branżowej szkoły I stopnia, kształcenia ogólnego dla szkoły specjalnej przysposabiającej do pracy oraz kształcenia ogólnego dla szkoły policealnej (Dz.U. 2017 poz. 356).
14. Drabik J, Resiak M (red.). Nauczyciel jako pedagog i promotor zdrowia. Gdańsk: AWFIS; 2009.
15. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2008 r. w sprawie podstawy programowej wychowania przedszkolnego oraz kształcenia ogólnego w poszczególnych typach szkół (Dz. U. 2009, Nr 4, poz. 17).
16. Departament Rynku Pracy MRPiPS, (2017) Klasyfikacja zawodów i specjalności. Pobrano z <http://psz.praca.gov.pl/rynek-pracy/bazy-danych/klasyfikacja-zawodow-i-specjalnosci>
17. Kulmatycki L. Edukacja zdrowotna w szkole polskiej 2009 – uwagi krytyczne. Zdrowie – Kultura Zdrowotna – Edukacja 2009;3:25–28.
18. Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning: An educational and environmental approach. Mountain View: Mayfield Publishing Company; 1991.
19. Tones K, Green J. Health promotion. Planning and strategies. London: SAGE Publications; 2004.
20. Miller M, Wysocki MJ, Cianciara D. Promocja zdrowia wobec reform systemu ochrony zdrowia w Polsce. Prz Epidemiol. 2003;57:513–519.
21. Lizak D, Seń M. Promocja zdrowia – realizm czy utopia? Pol Prz Nauk Zdr. 2015;42:36–47.
22. Nowak PF, Chalimoniuk-Nowak M. Potencjał mediów społecznościowych w edukacji zdrowotnej. W: A. Wolska-Adamczyk A (red.). Współczesne kierunki działań prozdrowotnych. Warszawa: Wyższa Szkoła Infrastruktury i Zarządzania; 2015. 35–45.
23. Szlak J, Giermańska-Szlak A. Niech ktoś to przeczyta. Edukacja Zdrowotna 2016;4:10–13.
24. Wilcz-Grzędzińska E, Wróblewski T. Pisać skutecznie. Wrocław: Ossolineum; 2011.
25. Chalimoniuk-Nowak M. Edukować o zdrowiu tylko z rzetelnych źródeł, Edukacja Zdrowotna 2016;2:14–15.
26. Fedyn B. Skuteczność szkolnej edukacji zdrowotnej. Racibórz: PWSZ; 2009.

Zaakceptowano do edycji: 20.02.19
Zaakceptowano do publikacji: 27.03.19

Adres do korespondencji:

Paweł F. Nowak
WWFiF Politechnika Opolska
ul. Prószkowska 76
45-758 Opole
tel.: 697-719-604
e-mail: p.nowak@po.opole.pl

WYZNACZANIE CELÓW W KONTEKŚCIE ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH

SETTING GOALS IN THE CONTEXT OF HEALTH BEHAVIOUR

Łukasz Bojkowski

Zakład Nauk o Aktywności Fizycznej i Promocji Zdrowia
Akademia Wychowania Fizycznego im. E. Piaseckiego w Poznaniu

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.3>

STRESZCZENIE

Celem pracy jest zwrócenie uwagi na umiejętność wyznaczania ekonomicznych i realistycznych celów, istotnych w procesie planowania i kształtowania zachowań zdrowotnych. Przedstawione zostaną aplikacyjne zastosowania psychologicznej metody S.M.A.R.T., która jest jedną z najpopularniejszych technik wykorzystywanych w zarządzaniu, wspieraniu analizy i kontroli stopnia realizacji określonych zadań (krótko- średnio- i długoterminowych).

Technika S.M.A.R.T. u swoich podstaw teoretycznych zakłada użyteczność pięciu postulatów: prostoty, mierzalności, osiągalności, istotności i terminowości. Stąd też formułowanie zadań za jej pomocą odbywa się według zbioru zasad dotyczących: maksymalnego sprecyzowania i jednoznaczności celu, jego wyrażenia liczbowego (ilościowego), wyznaczenia oczekiwań najbardziej pożądanych, które są atrakcyjne, ambitne i realistyczne oraz określone w czasie. W dalszych modyfikacjach podaje się, że wyznaczone cele powinny być także silnie ekscytujące, odnotowane i formułowane w sposób pozytywny.

Słowa kluczowe: zdrowie, zachowania zdrowotne, cele, psychologia, smart.

ABSTRACT

The aim of the study was to draw attention to the ability of setting economic and realistic goals, which are significant in areas including the process of planning and developing of health behaviour. It presents the applications of the S.M.A.R.T. psychological method which is one of the most popular techniques used in management, support of analysis and control of the completion of specified short, medium, and long-term tasks.

The theoretical foundations of the S.M.A.R.T. technique assume the application of such five requirements as simplicity, measurability, achievability, relevance, and timeliness. Thus, the formulation of the goals using the technique takes place according to a specific set of criteria which refer to the maximum precision and clarity of the goal, its numerical (quantitative) expression, determining most desirable expectations which are attractive, ambitious, and realistic as well as time bound. In further modifications it is advised that the set goals should also be strongly exciting, recorded and formulated in a positive way.

Keywords: health, health behaviour, goals, psychology, smart.

Wprowadzenie

Bezskuteczne rzucanie palenia czy bezterminowe odwlekanie decyzji o rozpoczęciu diety lub ćwiczeń. Podejmowanie się wybranych „wyzwań”, z których się po pewnym czasie rezygnuje. Zaczynanie wszystkiego „od jutra”. Kto nie zna takiego schematu działania? Jak można je zmienić? Wielu praktyków i teoretyków psychologii podkreśla, że aktywności takie można w dużym stopniu ograniczyć dzięki umiejętnemu planowaniu kolejnych kierunków działania. W związku z tym założeniem niniejszej pracy jest zwrócenie uwagi na umiejętność wyznaczania ekonomicznych celów (w tym tych zdrowotnych).

Cele charakteryzuje się jako punkty w czasie, które określają wizję siebie i swojego życia w przyszłości, lub miejsce i stan, w jakim chcielibyśmy się znaleźć (np. przestać palić do końca roku, zmniejszyć masę ciała w ciągu następnych sześciu miesięcy, przebiec maraton). W związ-

ku z tym drogę wiodącą do ich osiągnięcia rozpoczyna się często „od końca”, czyli od określenia punktu, do którego się zmierza. Wyróżniając różne typy celów, najczęściej wymienia się te określające nasze działania w czasie tj.:

1. Cele krótkoterminowe – których realizacja zajmuje średnio od 90 do 360 dni. Są one zadaniami łatwiejszymi i szybszymi do wykonania, które prowadzą do osiągania zamiarów bieżących. Ich oczekiwana realizacja zwiększa naszą motywację i poczucie skuteczności. Etap wyznaczania celów krótkoterminowych jest o tyle istotny, gdyż małe sukcesy (np. treningowe, żywieniowe czy zdrowotne) podnoszą poziom naszej samooceny, poczucia wartości czy wiary we własne siły. To zaś motywuje nas do podejmowania kolejnych kroków (np. zwiększania liczby i czasu danego zachowania).

2. Cele średnioterminowe – gdzie proces realizacji wynosi od 1. do 3. lat. Każdy z tych zamiarów powinien być zindywidualizowany oraz dynamiczny. Powinien zmieniać się, gdy uzyskany postęp jest inny – większy lub mniejszy – niż ten zaplanowany.
3. Cele długoterminowe – ich realizacja zajmuje ponad 3 lata. Znajdują się w nich tak zwane „cele życiowe”, które wydają się nam zazwyczaj najtrudniejszymi do wykonania. Wyznaczają całościową strategię działania (tzw. drogę do „mistrzostwa”).

W poniższym rozdziale przedstawione zostaną kolejne kroki pomagające określać cele i zadania, priorytety, ramy czasowe, oceny aktualnej sytuacji i możliwości. Wspierają w bieżącej kontroli naszych działań, w tym ich skuteczności [1, 2, 3].

Koncepcja formułowania celów zdrowotnych metodą S.M.A.R.T.

W wyznaczaniu celów pomocne mogą okazać się określone metody, które oparte są na szeroko dostępnej wiedzy psychologicznej. Jedną z niniejszych jest technika S.M.A.R.T. Pomaga ona wyznaczać realistyczne cele oraz budować i podtrzymywać niezbędną do ich realizacji motywację. Akronim ten składa się z pięciu postulatów [4], wśród których wyróżniamy takie elementy, jak: prostota, mierzalność, osiągalność, istotność i terminowość. Opis definicyjny oraz zakres znaczeniowy każdego z nich przedstawiono poniżej (warto zwrócić uwagę, że w wielu opracowaniach ze względu na równe wersje modelu, poszczególne rozwinięcia kolejnych punktów mogą się różnić):

1. S jak *simple* (lub w zależności od zastosowań i źródeł także: *specific, significant*) – prosty, skonkretyzowany – cel powinien być sformułowany w taki sposób, by nie dać możliwości luźnej, dowolnej interpretacji, a przez to powinien być maksymalnie sprecyzowany, jednoznaczny i szczegółowy. Musi jasno określać, czego dotyczy i co chcemy osiągnąć. Posługując się ogólnikami, nie zbiera się bowiem wiedzy, jakich umiejętności potrzebujemy, by osiągnąć sukces. Przykładowo, cel „schudnąć” nie określa dokładnie, do czego dążymy (Na czym polega bycie „chudszy”?), a przez to nie sprzyja końcowemu sukcesowi. Formułując cel można odpowiedzieć sobie na podstawowe pytania:
 - A. Co chcę osiągnąć?
 - B. Po co chcę to osiągnąć?
 - C. Jakiego dokładnie rezultatu oczekuję?
 - D. Jakie dzięki temu osiągnę korzyści?

- E. Gdybym nie miał żadnych ograniczeń, to czego bym chciał?
- F. Co mogę stracić, a co zyskać po jego osiągnięciu?
- G. Jak będzie szczegółowo wyglądać sytuacja, gdy już zrealizuje swój plan?

Ponadto należy zwracać uwagę, by cel był wyrażony w sposób pozytywny, gdzie na przykład plan „nie jeść słodczy” można zastąpić stwierdzeniem: „pomiędzy posiłkami będę spożywał wyłącznie warzywa”. Ma to bardzo duże znaczenie dla odbioru komunikatu i motywacji do jego osiągnięcia, a jednocześnie nie podkreśla tak silnie wysiłku wkładanego do uniknięcia porażki.

2. M jak *measurable, manageable* – mierzalny, wymienny – sformułowanie celu w taki sposób, by można było go wyrazić liczbowo lub stopniowo, zmierzyć stopień jego realizacji. Dzięki temu można sprawdzić, czy „zmierzamy” w dobrym kierunku, czy zbliżamy się do osiągnięcia celu lub czy/ kiedy go osiągniemy. Może to być miara na skali, liczba dni, liczba powtórzeń czy określonych zachowań. W przypadku ograniczenia nikotynizmu może to być na przykład: „Ograniczenie liczby wypalanych papierosów z dziesięciu do trzech na dzień”, zamiast: „Mniej palić”. Przydatne może być zadanie sobie takich pytań:
 - A. Po czym rozpoznam, że jestem na dobrej drodze do osiągnięcia swojego sukcesu?
 - B. Jak zmierzę stopień zrealizowania planu (i podcelów)?
 - C. Po jakich kryteriach poznam, że zbliżam się do końca?
 - D. W jaki sposób zmierzę, czy zamierzenia zostały osiągnięte?
 - E. Jak poznam, że osiągnąłem konkretny cel?

Niniejsze założenie (jak i wszystkie następujące) jest ściśle związane z zasadą skonkretyzowania celu. W związku z tym poszczególne „kroki” muszą być bardzo konkretne, by istniała możliwość ich analizy i korygowania. „Zdrowsze odżywianie” nie jest celem mierzalnym, gdyż nie można go wyrazić na określonej skali czy obiektywnie porównać z postępami. „Zastąpienie trzech porcji słodczy dwoma porcjami warzyw czy owoców” pozwala nam natomiast mierzalnie się kontrolować i porównywać. Dzięki temu mamy też możliwość śledzenia swoich postępów.

3. A jak *ambitious, aspirational* – atrakcyjny, ambitny – zwraca się uwagę na takie wyznaczanie celu, które będzie dla nas interesujące i pociągające. Pracując na motywacji wewnętrznej będzie nam „łatwiej” przezwyciężać pojawiające się trudno-

ści, mając w pamięci wymierne „korzyści” odpowiadające na pytanie: „Po co chcę realizować się w tym kierunku?”. Dążenie musi wysoko stawiać poprzeczkę, być ciekawym i osobistym „krokiem naprzód”. Przykładowe pytania pomagające określić poziom ambicji:

- A. Czy jest to zamierzenie, które zawsze chciałem osiągnąć?
- B. Dlaczego jest to cel, do którego dążę?
- C. Na ile dany zamiar wypływa z moich potrzeb?
- D. Czy może jakiś cel jest ważniejszy od tego planowanego?
- E. Czy zrealizowanie zadania pozwoli mi rozwinąć się w innych obszarach (wyznaczać kolejne cele)?

Należy pamiętać także, że – i w drugą stronę – cel zbyt ambitny może skutecznie zburzyć wiarę człowieka w swoje siły i powodzenie. Stąd wyznaczanie kilku atrakcyjnych etapów, które będą niosły wyzwania, będzie najefektywniejszą drogą do jego osiągnięcia. Nie ma nic złego w planie „zacząć biegać i przebiec maraton w trzy godziny”. Ważne jednak, by pamiętać, jaka droga do tego prowadzi i jaki ogrom pracy (w tym pomniejszych celów) trzeba wykonać.

W związku z tym, że literkę „A” z akronimu (często określającą także *achievable* – osiągalność) przedstawił jako „ambitność”, należy w dalszej części zapewnić o postulatcie realistyczności. Nasz cel musi mieć bowiem „sens” i być na miarę naszych możliwości.

- 4. R jak *realistic* – realistyczny – osoba wyznaczająca sobie zadanie musi posiadać wiedzę i wiarę w zasoby, które umożliwiają jej jego ukończenie. W związku z tym warto wskazać na istotność celów krótkoterminowych, które stosunkowo łatwiej osiągnąć, a tym samym na nich budować dalszą motywację do osiągnięcia zadania głównego (na początku bardzo odległego i nieosiągalnego). „Rzucić całkowicie palenie papierosów po dziesięciu latach trwania w nałogu” jest celem na tyle odległym, że nieposiadanie „małych kroków” określonych w codziennej pracy („rezygnowanie z jednego papierosa tygodniowo”), czyni go często zbyt abstrakcyjnym. Pomocne pytania:
 - A. Czy jest to zadanie, które rzeczywiście jestem w stanie zrealizować?
 - B. Czy w praktyce mogę go osiągnąć w takim wymiarze w jakim chcę?
 - C. Jaką mam motywację do osiągnięcia tego celu?
 - D. Czy istnieją jakieś trudności lub okoliczności, które mogą przeszkodzić mi w jego osiągnięciu?

- E. Czy realizacja planu zależy tylko ode mnie czy również od decyzji innych osób?
- 5. T jak *timely defined, time-oriented* – określony w czasie, terminowy – cel powinien mieć określony czas realizacji, inaczej termin wykonania (sam zamiar główny, jak i kolejne kroki do niego prowadzące). Cele „bezterminowe” zanikają bowiem w natłoku innych obowiązków, przez co i samo rozpoczęcie zostaje często odłożone „na kiedyś...”.

Jednocześnie „określenie w czasie” nie oznacza jedynie daty przeznaczoną na osiągnięcie celu, ale także czas wyznaczony na rozpoczęcie wszelkich działań z nim związanych. W horyzoncie czasowym nie ma jednego „terminu”, a wszystko zależy od złożoności zadania i jego formy. Ponadto osadzenie konkretnego zadania w miejscu i czasie ma zwiększyć prawdopodobieństwo, że dana czynność zostanie wykonana automatycznie [5]. Przykładowe pytania skutecznie określające terminowość planów:

- A. Kiedy podejmę się zadania/zacznę?
- B. Jak często mam wykonywać pracę na rzecz realizacji planu?
- C. Kiedy dokładnie chcę to uzyskać?
- D. Kiedy ostatecznie zrealizuje swój cel?
- E. Kiedy mam przestać go realizować?

Niniejsze wyznaczenie czasu realizacji wypracowanego planu może wpłynąć na poziom motywacji, a osiąganie pomniejszych celów w „przedterminach” podnosić poziom własnej skuteczności. Jednocześnie odpowiednie terminy nie powinny być zbyt bliskie (brak możliwości ich zrealizowania ze względu na czas trwania całego procesu), jak i zbyt odległe (odkładanie planu i zbyt daleka perspektywa końcowego sukcesu obniża poziom determinacji i „wypala” plany).

W niektórych współczesnych opracowaniach do modelu S.M.A.R.T. (w wersji rozszerzonej) dodaje się dwa dodatkowe elementy, w związku z czym niniejszy akronim układa się w akronim S.M.A.R.T.E.R., gdzie:

- 6. E jak *exciting* – ekscytujący – gdzie cel powinien dostarczać emocji utrzymujących motywację do osiągnięcia go. Nie powinien być obojętny, nie rozbudzający wyobraźni.
- 7. R jak *recorded* – zapisany – odnotowanie swoich celów pozwoli do nich wracać, przypominać, uaktualniać. Wpływa to mobilizująco, przypominając nastrój, jaki towarzyszył jego formułowaniu i stanowi „dowód” podjętego zobowiązania (gdy plan jest zapisany, nie można „udawać”, że postawione przed sobą zadanie nigdy nie istniało). Zapisywanie i analiza celów (np. w postaci dzienniczka) może podnosić poziom samokontroli,

dzięki możliwości spostrzeżenia zależności między wyznaczonym punktem docelowym, włożoną pracą i osiągniętym rezultatem [6].

Podsumowanie

W pracy, której głównym celem było podkreślenie znaczenia umiejętności wyznaczanie celów, przybliżono technikę S.M.A.R.T. W ramach tej metody planowanie odbywa się według określonych zasad: maksymalnego sprecyzowania i jednoznaczności, wyrażenia liczbowego (mierzalnego), wyznaczenia celów najbardziej pożądanых i atrakcyjnych (istotnych), realistycznych (możliwych do wykonania i przez to osiągalnych) oraz określonych w czasie (terminowych) [4]. Dążenia takie powinny być także silnie ekscytujące (wpływające na wyobraźnię), odnotowane i pozytywne, nie posiadać w sobie zaprzeczenia. W pracy starano się wyszczególnić pytania, które pomagają sprecyzować określone punkty, a przez to podnosić poziom niezbędnej samoświadomości i samokontroli.

Zastosowanie się do zaproponowanych wskazówek zachęca do wytrwałości i minimalizuje ryzyko podejmowania działań nieskutecznych. W związku z tym określona technika może być wykorzystywana także w procesie kształtowania i planowania zachowań ukierunkowanych na zdrowie. Przez to może być użyteczna w codziennej praktyce zawodowej specjalistów z takich dziedzin jak: dietetyka, wychowanie fizyczne czy psychologia.

Na koniec warto podkreślić, że niezwykle ważną rzeczą w całym procesie jest koncentrowanie się głównie na celach zadaniowych (czyli ukierunkowanych na prawidłowe wykonanie), a nie na dążeniach wynikowych (nastawionych jedynie na rezultat). Dzięki temu większą uwagę kieruje się na obszar celów krótkoterminowych (gdzie można wyróżnić np. przestrzeganie codziennej diety), których suma umożliwia osiągnięcie trwałego stanu (np. stałej zmiany nawyków żywieniowych). Cele zadaniowe

minimalizują także lęk i niepokój związany z oczekiwaniem na końcowy rezultat („A co jeśli nie zdążę do...?”). Pozwalają cieszyć się z małych i codziennych sukcesów, które są łatwiejsze do osiągnięcia i prowadzą wprost do wyniku głównego.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Dembkowski S, Eldridge F. 'Beyond GROW: a new coaching model'. W: *International Journal of Mentoring and Coaching*. Vol. I, Issue 1 (Online), 2003.
2. Csikszentmihalyi M, Abuhamdeh S, Nakamura J. Flow. W: Elliot, A.J., Dweck, C.S. (red.). *Handbook of competence and motivation*. Guilford Press, New York, 2005, 598–608.
3. Bennet JL. An agenda for coaching-related research: A challenge for researchers. W: *Consulting Psychology Journal: Practice and Research*. 2006. 58(4), 240–249.
4. Locke EA, Latham GP. *A theory for goal setting and task performance*. Prentice-Hall, Upper Saddle River, New York, 1990.
5. Franken RE. *Psychologia motywacji*. GWP, Gdańsk, 2005.
6. Cynarski WJ, Litwiniuk A. Metody przygotowania psychicznego w sztukach walki. W: *Ido-Ruch dla Kultury*. 2000, 1, 211–215.

Zaakceptowano do edycji: 20.02.19
Zaakceptowano do publikacji: 27.03.19

Adres do korespondencji:

Łukasz Bojkowski
Zakład Nauk o Aktywności Fizycznej i Promocji Zdrowia
Akademia Wychowania Fizycznego im. Eugeniusza Piaseckiego
ul. Królowej Jadwigi 27/39
61-871 Poznań
e-mail: bojkowski@awf.poznan.pl



OCENA WPŁYWU SPOSOBU ODŻYWIANIA SIĘ STUDENTÓW NA UZYSKIWANE WYNIKI W TOKU STUDIÓW

EVALUATION OF THE IMPACT OF STUDENTS' DIET ON THE RESULTS OBTAINED IN THE COURSE OF STUDY

Justyna Gacek*, Roksana Duszkiewicz*, Patrycja Golec*, Aleksandra Armatys*, Agnieszka Greń*,
Filip Hajdrowski*, Krzysztof Silski*, Miłosz Gołyszny, Tomasz Ludyga

* Koło STN, Zakład Farmakologii Katedry Farmakologii, Wydział Lekarski w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.4>

STRESZCZENIE

Wstęp. Wśród młodych osób coraz popularniejsza staje się zdrowa dieta – zjawisko „healthismu”. Przestrzeganie norm żywieniowych oraz zastosowanie zasad piramidy żywieniowej ma pozytywny wpływ na funkcjonowanie organizmu. Właściwie zbilansowana dieta zapobiega występowaniu wielu chorób oraz wpływa na utrzymanie kwasowo-zasadowej równowagi organizmu. Prawidłowe odżywianie ma także wpływ na zdolności poznawcze i intelektualne, szczególnie u młodych ludzi.

Cel. Celem niniejszej pracy jest ocena wpływu nawyków żywieniowych, stosowania używek oraz substancji odurzających na uzyskiwane przez studentów wyniki w nauce.

Metody i materiał. Badanie zostało przeprowadzone przy użyciu autorskiej ankiety internetowej złożonej z 24 pytań, na którą składały się pytania zamknięte oraz otwarte. Badanie przeprowadzono na grupie ponad 600 studentów z całej Polski. Studenci biorący udział w ankiecie zróżnicowani byli pod względem wieku, uczelni i kierunków studiów.

Wyniki. Wykazano, iż istnieje zależność pomiędzy sposobem odżywiania się studentów a osiąganymi wynikami w nauce. Zastosowano analizę korelacji wg Pearsona.

Wnioski. Stosowanie się do zasad prawidłowego odżywiania oraz unikanie używek może wpłynąć pozytywnie na uzyskiwanie lepszych wyników w nauce oraz ułatwić przyswajanie wiedzy przez studentów.

Słowa kluczowe: dieta, odżywianie, egzaminy, studenci.

ABSTRACT

Introduction. Recently, among young people so-called “healthism” becomes more popular. Properly balanced diet prevents various diseases, affects the maintenance of acid-base balance of the body and cognitive and intellectual abilities of young people.

Aim. The aim of this study is to evaluate the effect of dietary habits on the school results.

Material and methods. A proprietary online survey consisting of 24 questions, that included open and closed questions has been applied. More than 600 students from Poland were involved in this study. Participants in the survey were students from various universities and they were characterized by different age and fields of study.

Results. The results showed positive correlation between diet and student learning outcomes. Pearson's correlation analysis was applied.

Conclusions. Feeding behavior that complies with rules of proper nutrition may be an important factor in the effectiveness of the learning process, improvement of learning results and facilitating the knowledge acquisition.

Keywords: diet, nutrition, exams, students.

Wstęp

Mózg człowieka w warunkach spoczynku zużywa około 20% całkowitej energii produkowanej przez organizm [1]. Procesy powiązane z zarządzaniem energią w neuronach mogą oddziaływać na plastyczność mózgu, co może wyjaśniać, w jaki sposób zaburzenia metaboliczne wpływają na procesy poznawcze [2]. Głównym składnikiem energetycznym mózgu jest glukoza. Zmniejszone zużycie glukozy koreluje z zaburzeniami funkcji poznawczych [3, 4]. Jak pokazują badania, dieta bogata w kwasy omega-3 cieszy się uznaniem, ponieważ wspomaga funkcjonowa-

nie kognitywne [5]. Powszechnie wiadomo, iż również białka i budujące je L-aminokwasy odgrywają zasadniczą rolę w funkcjonowaniu mózgu [6]. Istnieją również dowody na to, że dieta bogata w cholinę (kation 2-hydroksyetylo-trimetylo-amoniowy) wspiera procesy kognitywne [7]. Składniki pokarmu mają wpływ na syntezę i stężenie neuroprzekaźników: serotoniny (5-HT), dopaminy (DA) oraz acetylocholiny (ACh) [6]. *A priori*, 5-HT oraz DA pełnią zasadniczą rolę w procesach uczenia się [6], a jak wiadomo niedobór 5-HT może powodować zaburzenia snu, wyzwać objawy depresyjne, wiązać się z obniżoną

motywacją oraz zdolnością zapamiętywania [8, 9]. Z kolei DA, która odpowiada za regulowanie aktywności szlaku nagrody (VTA – pole brzuszne nakrywki → NAcc – jądro półleżące) zaangażowana jest w procesy skupiania uwagi, co jest niezwykle istotne z punktu widzenia osiągnięć w nauce [10, 11]. Obecnie wiadomo ponadto, iż transmisja cholinergiczna, szczególnie w obrębie przodomózgowia (NMB – jądro Meynerta → kora czołowa) zaangażowana jest w regulację funkcji wykonawczych, niezbędnych do prawidłowego funkcjonowania kognitywnego [12]. Obecnie dużą rolę przypisuje się osi mózgowo-jelitowej. Peptydy jelitowe takie jak adipokina – leptyna (LEP), hormon – grelina (GHRL), glukagonopodobny peptyd 1 (GLP-1) oraz insulina (ILN) mają wpływ na przetwarzanie emocjonalne oraz procesy kognitywne [13]. Relatywnie niedawno wykazano, że LEP może wpływać na plastyczność synaptyczną w obrębie struktur związanych z procesami zapamiętywania, m.in. hipokampów [14, 15]. Potwierdzono ponadto, że obecność GHRL w hipokampie sprzyja tworzeniu się nowych połączeń synaptycznych [16]. GLP-1 jest produkowany przez błonę śluzową jelita cienkiego, a ekspresję jego receptorów stwierdzono w neuronach. W badaniach eksperymentalnych wykazano, że domózgowa infuzja GLP-1 skutkuje poprawą pamięci skojarzeniowej i przestrzennej u szczurów [17]. ILN, która syntetyzowana jest w trzustce, oprócz powszechnie znanej roli w regulacji stężenia glukozy w organizmie zaangażowana jest również w procesy zapamiętywania i uczenia się [18].

Nie ulega wątpliwości, iż właściwe nawyki żywieniowe, uwzględniające wszystkie niezbędne substancje egzogenne, które regulują funkcjonowanie mózgu w zakresie kognitywnym i afektywnym stanowią istotny element warunkujący procesy pamięci i uwagi. Celem niniejszej pracy jest określenie wpływu zachowań żywieniowych na osiągnięte przez studentów wyniki egzaminów końcowych.

Materiał i metody

Badania zostały przeprowadzone za pomocą anonimowej autorskiej ankiety opracowanej w Zakładzie Farmakologii Katedry Farmakologii Wydziału Lekarskiego (Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach). Grupę badaną stanowiło 625 studentów z 21 uczelni wyższych z obszaru całej Polski, z czego 216 było studentami kierunków medycznych. Większość ankietowanych studentów to kobiety, spośród badanych było ich 511, a mężczyźni stanowili grupę 114 osób. Wiek respondentów mieścił się w zakresie od 19 do 26 lat. Największa liczba studentów, którzy wypełnili ankietę, studiowała w Akademii Techniczno-Humanistycznej w Bielsku-Białej oraz Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach (**Tabela 1**).

Tabela 1. Uczelnie, których studenci uczestniczyli w badaniu

UCZELNIA	% STUDENTÓW
ATH	30,86
ŚUM	29,45
UŚ	11,46
APS	5,64
UE WROCŁAW	4,59
UMFC	3,88
UG	3,17
UE KATOWICE	2,12
WUM	1,41
KUL	1,23
UJ	1,06
WSB WROCŁAW	0,88
SGH	0,71
UE KRAKÓW	0,71
POLITECHNIKA WROCŁAWSKA	0,53
UP WROCŁAW	0,53
AWF	0,53
WSFiP	0,35
WSB DĄBROWA GÓRNICZA	0,35
WSZOP	0,18
WST	0,18

Wśród kierunków medycznych najwięcej osób było studentami pielęgniarstwa oraz położnictwa, a wśród nich największą grupę stanowiły kobiety (93%). Ankieta, która składała się z 24 pytań, została przeprowadzona drogą elektroniczną – internetową. W pierwszej części zadano pytanie o to, jakie składniki odżywcze dominują w jadłospisie studentów, pojawiło się pytanie o przekąski, napoje pite podczas sesji, a także o to, czy studenci wspomagają się narkotykami podczas nauki do egzaminów. W drugiej części zadano pytania dotyczące informacji ogólnych na temat respondenta (płeć, uczelnia, kierunek studiów, wiek, miejsce zamieszkania, czy otrzymywali stypendium oraz jaka jest ich średnia ocen).

Wyniki ankiety zostały zanalizowane za pomocą programu *Microsoft Excel 2010* przy użyciu testu korelacji wg Pearsona, by stwierdzić, czy istnieje zależność pomiędzy wyżywieniem (określonymi składnikami odżywczymi), a wynikami w nauce.

Wyniki

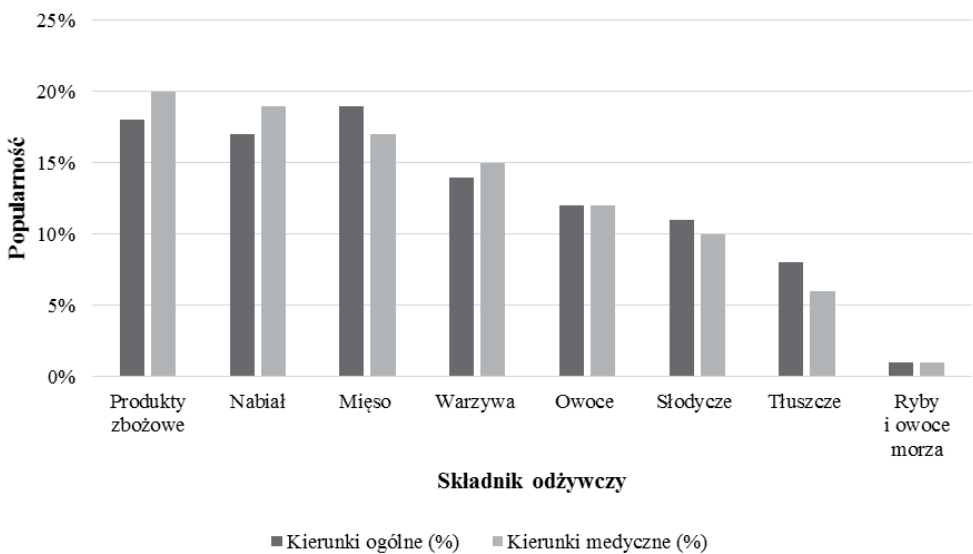
Według uzyskanych danych grupa ponad 60% studentów nie otrzymuje stypendium naukowego, z kolei powyżej 70% studentów zarówno kierunków ogólnych, jak i medycznych, jest na utrzymaniu innych osób. Ponad 50% studentów wszystkich kierunków deklarowało, że w czasie ostatniej sesji egzaminacyjnej uzyskało średnią powy-

żej 4.0, podobnie było w przypadku średniej za cały rok studiów.

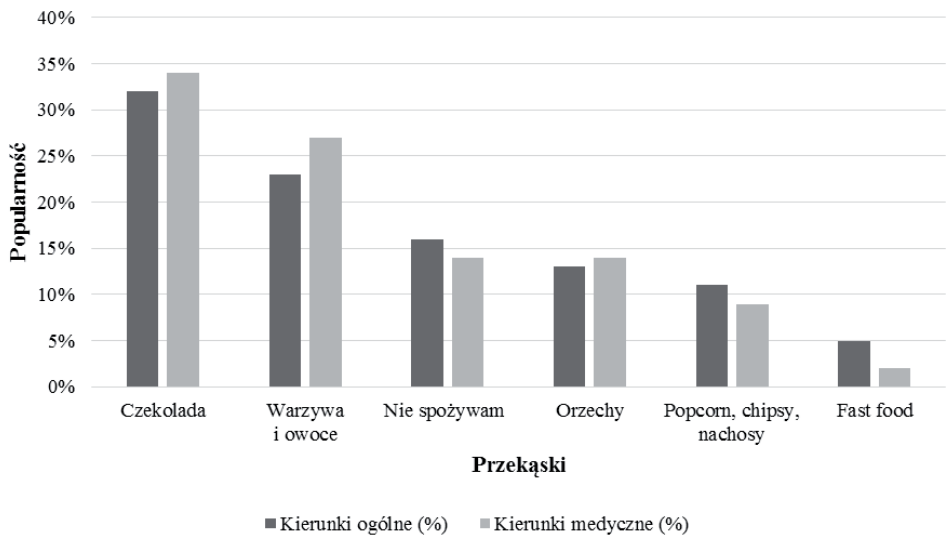
Studenci w zdecydowanej większości twierdzą, że dieta ma wpływ na wyniki w nauce. Ponad 50% ankietowanych regularnie spożywa śniadania. Wśród studentów kierunków ogólnych 30% przyznaje, że w ciągu tygodnia pomija któryś z posiłków w ciągu dnia. Wśród studentów kierunków medycznych do tego faktu przyznaje się aż 45% badanych. Ponad 60% studentów wszystkich kierunków odżywia się regularnie, spożywając 3-4 posiłki w ciągu dnia, jedynie około 15% studentów wszystkich kierunków przyznało, że zjada tylko 1-2 posiłki w ciągu całego dnia. Na **wykresie 1.** zostały przedstawione wyniki dotyczące składników dominujących w diecie. Najpopularniejszym składnikiem odżywczym u studentów kierunków

ogólnych jest mięso (19%), produkty zbożowe (18%) oraz nabiał (17%). Natomiast najrzadziej pojawiały się tłuszcze (8%) oraz ryby (1%). Studenci kierunków medycznych odżywiają się podobnie: 20% z nich najczęściej spożywa produkty zbożowe, 19% nabiał, a 17% mięso. Najmniej w ich diecie pojawia się ryb (1%) oraz tłuszczów (6%).

Na **wykresie 2.** zostały przedstawione wyniki dotyczące przekąsek podczas sesji. Najpopularniejszą przekąską okazała się bez wątpienia czekolada (32% studentów kierunków ogólnych oraz 34% kierunków medycznych). Wśród przekąsek często pojawiały się warzywa i owoce (odpowiednio 23% i 27%). Grupa 5% studentów kierunków ogólnych i 2% kierunków medycznych jako przekąskę podawała w ankiecie „fast foody”.



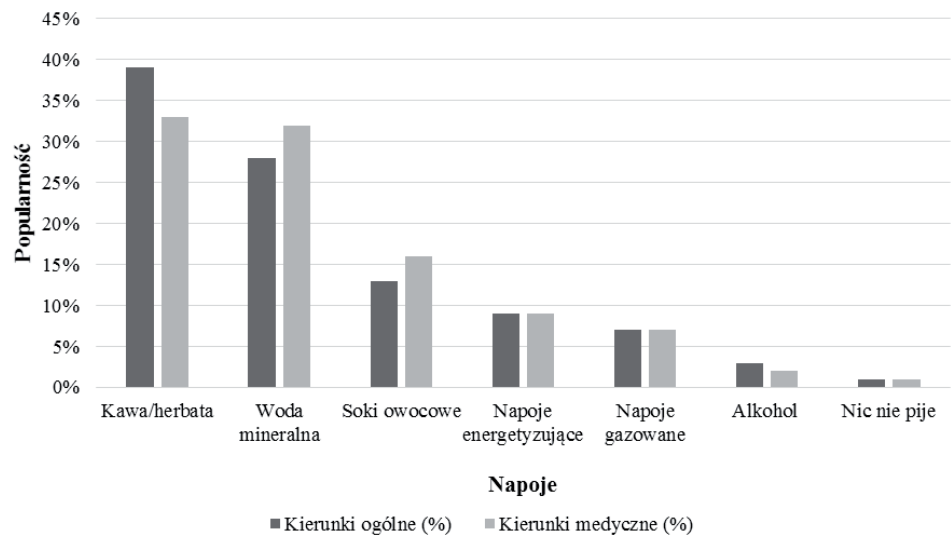
Wykres 1. Procentowy udział składników dominujących w diecie



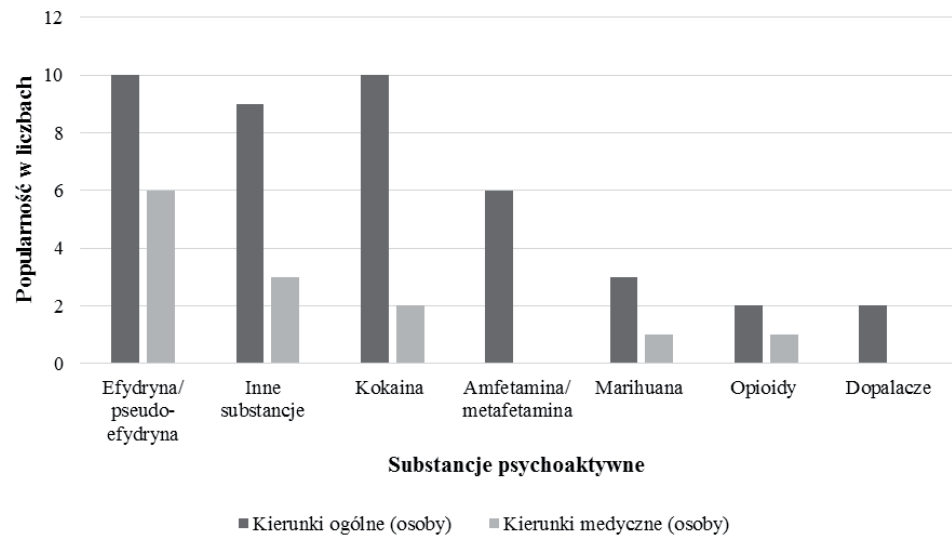
Wykres 2. Procentowy udział przekąsek podczas sesji

Większość studentów (ponad 50%) uważała, że dzięki podjadaniu jest w stanie dłużej się uczyć. Na **wykresie 3.** zostały przedstawione wyniki dotyczące napojów pitych podczas sesji. Najpopularniejsza była kawa oraz herbata (39% uczniów kierunków ogólnych oraz 33% medycznych). Druga w kolejności była woda (28% i 32%), co świadczy o tym, że studenci nie mają pełnej świadomości odnośnie tego, że dzięki wodzie organizm człowieka lepiej funkcjonuje. Okazało się, że studenci rzadko piją napoje energetyzujące (zawierające w swym składzie kofeinę i taurynę) – do ich picia przyznało się tylko 9% wszystkich studentów. Studenci częściej wybierali wodę niż napoje energetyzujące. Dzięki spożywanym napojom ankietowani stwierdzali, że są w stanie dłużej się uczyć (ponad 60% wszystkich studentów).

Jedynie 7% studentów kierunków ogólnych oraz 5% kierunków medycznych zmienia dietę przed intensywną nauką. Grupa odpowiednio 7% i 6% studentów korzysta z narkotycznych substancji psychoaktywnych, aby pomóc sobie w nauce. Na **wykresie 4.** zostały przedstawione wyniki dotyczące najczęściej stosowanych podczas sesji substancji narkotycznych i/lub leków. Studenci kierunków medycznych stosowali pseudoefedrynę/efedrynę (6 studentów), amfetaminę/metamfetaminę (2 studentów). Wśród odpowiedzi pojawiła się również kokaina oraz marihuana, a 3 studentów stosowało inne niż wymienione w ankiecie substancje.



Wykres 3. Procentowy udział ulubionych napojów pitych podczas sesji



Wykres 4. Substancje psychoaktywne stosowane przez studentów w trakcie sesji

W przypadku pozostałych studentów najpopularniejsza okazała się być efedryna/pseudoefedryna oraz kokaina (9 studentów w obu przypadkach). Popularna była również amfetamina/metamfetamina (6 studentów). Trzech studentów korzystało z marihuany oraz dopalaczy, 2 z opioidów. Grupa 9 studentów odpowiedziała, że spożywała inne narkotyki, niż wymienione w kwestionariuszu.

Dyskusja

Dane literaturowe wskazują zarówno na potwierdzenie wyników niniejszej pracy, jak i pewne sprzeczności. Skrzypek i in. [19] na podstawie analizy odpowiedzi studentów sześciu krakowskich uczelni podobnie stwierdzili, że słodczyce pozytywnie wpływają na wyniki w nauce, co potwierdza rolę glukozy i insuliny w relacji odżywianie – wyniki. Natomiast kwestią sporną pozostaje wpływ spożywania warzyw lub ryb na wyniki w nauce. Wyniki Skrzypka i wsp., przeciwnie do naszych badań wskazują, że ich spożywanie koreluje pozytywnie z osiąganymi wynikami. W przeprowadzonych przez nas badaniach potwierdziły się wyniki badań A. Orkusz [20] dotyczące ilości jedzonych przez studentów posiłków oraz jedzenia przez nich śniadań, w których również wykazano, że ponad 50% studentów spożywa regularnie śniadania. Natomiast w badaniach [21, 22], które przeprowadzono w grupie studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie (UML) oraz Akademii Medycznej we Wrocławiu (AMW) większy procent mężczyzn (odpowiednio 50,8% w UML oraz 25,7% w AMW) niż kobiet (odpowiednio 39,9% oraz 16,8%) nieregularnie lub w ogóle nie spożywa pierwszego śniadania. Z kolei badania, które zostały przeprowadzone w 2013 roku [23] w grupie studentów Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, pokazały, że pierwszego śniadania nie jada 25% respondentów.

W ramach przeprowadzonych badań wykazano, że na wyniki w nauce pozytywnie wpływa spożywanie produktów takich jak: produkty bogate w tłuszcze, dania typu „fast Food” (co niewątpliwie wiąże się z faktem, że przygotowanie ich nie wymaga dużo czasu – osoby dużo uczące się nie mają czasu na gotowanie pełnowartościowych posiłków), orzechy, soki owocowe, woda mineralna, kawa oraz herbata. Negatywny wpływ na proces zapamiętywania i koncentrację ma marihuana, natomiast spożywanie kafeiny pozwala wydłużyć czas nauki. Spowodowane jest to stymulującym działaniem kafeiny, dającym w efekcie przyspieszenie aktywności mózgu [24]. Produkty takie, jak nabiał, produkty zbożowe, mięso oraz ryby wraz z owocami morza nie wpływają na wyniki w nauce u badanych studentów.

Niezaprzeczalnym faktem jest to, że pożywienie wpływa na każdy aspekt życia człowieka – gdy spożywamy pokarmy, dostarczamy swojemu organizmowi węglowodany,

białka, tłuszcze, witaminy oraz składniki mineralne. Spożywając produkty bogate w nienasycone kwasy tłuszczowe oraz węglowodany złożone wspomagamy pracę mózgu. Składniki pokarmowe poprzez wpływ na syntezę neuroprzekaźników, transmisję synaptyczną oraz oddziaływanie na płynność błony mają wpływ na wiele procesów, które zachodzą w mózgu [25].

Wnioski

Według przeprowadzonego badania pewne elementy diety mogą wpłynąć na efektywność uczenia się i uzyskiwane wyniki. Poinformowanie osób uczących się na temat stosowania diety bogatej w wielonienasycone kwasy tłuszczowe, która sprzyja zarówno zapamiętywaniu, jak i koncentracji, powinno spowodować, że osoby te byłyby świadome, po jakie produkty sięgać w czasie sesji, wiedząc, że zaburzenia metaboliczne mogą wpływać na procesy poznawcze.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Holliday MA. Metabolic rate and organ size during growth from infancy to maturity and during late gestation and early infancy. *Pediatrics*. 1971;47(1):169.
2. Vaynman S, Ying Z, Wu A, Gomez-Pinilla F. Coupling energy metabolism with a mechanism to support brain-derived neurotrophic factor-mediated synaptic plasticity. *Neuroscience*. 2006;139(4):1221–1234.
3. Montoya A, Price B, Menear M, Lepage M. Brain imaging and cognitive dysfunctions in Huntington's disease. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*. 2006;31(1):21–29.
4. Duelli R, Kuschinsky W. Brain glucose transporters: relationship to local energy demand. *News in Physiological Sciences*. 2001;16(2):71–76.
5. McCann JC, Ames BN. Is docosahexaenoic acid, an n-3 long-chain polyunsaturated fatty acid, required for development of normal brain function? An overview of evidence from cognitive and behavioral tests in humans and animals. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 2005;82(2):281–295.
6. Wurtman R, Fernstrom J. Control of brain monoamine synthesis by diet and plasma amino acids. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 1975;28(6):638–647.
7. Derkacz M, Mosiewicz J, Myśliński W. Zaburzenia funkcji kognitywnych u chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. *Wiadomości Lekarskie*. 2007;60:143–147.
8. Heitzman J. Zaburzenia snu – przyczyna czy skutek depresji? *Psychiatria Polska*. 2009;43(5):499–511.
9. Meneses, A. (1999). 5-HT system and cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 1999;23(8):1111–1125.
10. Vallone D, Picetti R, Borrelli E. Structure and function of dopamine receptors. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2000;24(1):125–132.

11. Cook Jr EH, Stein MA, Krasowski MD, Cox NJ, Olkon DM, Kieffer JE, Leventhal BL. Association of attention-deficit disorder and the dopamine transporter gene. *American Journal of Human Genetics*. 1995;56(4): 993.
12. Lyness SA, Zarow C, Chui HC. Neuron loss in key cholinergic and aminergic nuclei in Alzheimer disease: a meta-analysis. *Neurobiol Aging*. 2003;24:1–23.
13. Gómez-Pinilla F. Brain foods: the effects of nutrients on brain function. *Nature Reviews Neuroscience*. 2008;9(7):568–578.
14. Komori T, Morikawa Y, Nanjo K, Senba E. Induction of brain-derived neurotrophic factor by leptin in the ventromedial hypothalamus. *Neuroscience*. 2006;139(3):1107–1115.
15. Shanley LJ, Irving AJ, Harvey J. Leptin enhances NMDA receptor function and modulates hippocampal synaptic plasticity. *Neuroscience*. 2001;21(24):184–186.
16. Chen L, Xing T, Wang M, Miao Y, Tang M, Chen J, Li G, Ruan DY. Local infusion of ghrelin enhanced hippocampal synaptic plasticity and spatial memory through activation of phosphoinositide 3-kinase in the dentate gyrus of adult rats. *European Journal of Neuroscience*. 2011;33(2):266–275.
17. During MJ, Cao L, Zuzga DS, Francis JS, Fitzsimons HL, Jiao X, Bland RJ, Klugmann M, Banks WA, Drucker DJ, Haile CN. Glucagon-like peptide-1 receptor is involved in learning and neuroprotection. *Nature medicine*. 2003;9(9), 1173.
18. Kern W, Peters A, Fruehwald-Schultes B, Deininger E, Born J, Fehm, HL. Improving influence of insulin on cognitive functions in humans. *Neuroendocrinology*. 2001; 74(4), 270–280.
19. Skrzypek A, Szeliga M, Cegielný T, Kowalska B, Stalmach-Przygoda A, Jabłoński K, Nowakowski M. Factors affecting academic performance-preliminary study. *General and Professional Education*, 2007;1:49–53.
20. Orkusz A. Ocena wybranych zwyczajów żywieniowych studentów Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu. *Nauki Inżynierskie i Technologiczne*. 2014;3(14):75–84.
21. Ilow R. Ocena zwyczajów żywieniowych studentów Akademii Medycznej we Wrocławiu. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*. 2005;14(5):929–938.
22. Szponar B, Krzyszycha R. Ocena sposobu odżywiania studentów uniwersytetu medycznego w Lublinie w roku akademickim 2007-2008. *Bromatologia i Chemia Toksykologiczna*. 2009;42(2):111–116.
23. Likus W, Milka D, Bajor G, Jachacz-Lopata M, Dorzak B. Dietary habits and physical activity in students from the Medical University of Silesia in Poland. *Roczniki Państwowego Zakładu Higieny*. 2013;64(4):317–324.
24. Giesbrecht T, Rycroft JA, Rowson MJ. The combination of L-theanine and caffeine improves cognitive performance and increases subjective alertness. *Nutritional Neuroscience*. 2010;13(6):283–290.
25. Traczyk WZ, Trzebski A. *Fizjologia człowieka z elementami fizjologii stosowanej i klinicznej*. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa. 2009.

Zaakceptowano do edycji: 20.02.19
Zaakceptowano do publikacji: 27.03.19

Adres do korespondencji:

Justyna Gacek
ul. Siostrzana 5
Bielsko-Biała
tel.: 536-871-073
e-mail: justyna.gacek17@gmail.com

UTRZYMANIE ZAŁOŻEŃ INICJATYWY „SZPITAL PRZYJAZNY DZIECKU” NA PRZYKŁADZIE SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA WOJEWÓDZKIEGO W CIECHANOWIE

MAINTAINING THE IMPLEMENTATION OF THE BFHI IN HOSPITAL IN CIECHANÓW?

Baranowska Barbara¹, Ewa Rogozińska², Grażyna Bączek¹, Urszula Tataj-Puzyna¹, Anna Durka, Dorota Sys³, Beata Pięta⁴

¹Zakład Dydaktyki Ginekologiczno-Położniczej, Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie

³Zakład Zdrowia Prokreacyjnego, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa

⁴Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.5>

STRESZCZENIE

Inicjatywa „Szpital Przyjazny Dziecku (SzPD)” ma na celu stworzenie odpowiednich warunków do karmienia naturalnego. Implementacja i kontynuowanie założeń tej idei wymaga wprowadzenia licznych zmian na poziomie organizacji opieki oraz edukacji personelu. Utrzymanie tytułu SzPD wiąże się z nakładem pracy całego personelu medycznego placówki.

Cel. Celem pracy była ocena przez personel Szpitala Specjalistycznego w Ciechanowie działań związanych z utrzymaniem tytułu „Szpitala Przyjaznego Dziecku”.

Materiał i metody. Przeprowadzono sondaż diagnostyczny za pomocą autorskiej ankiety wśród 38 pracowników szpitala zaangażowanych w działania związane z wdrożeniem i kontynuowaniem inicjatywy (położnych, pielęgniarek, lekarzy ginekologów-położników, lekarzy neonatologów).

Wyniki. Wśród badanych większość przyznała, że nie odczuła różnicy w ilości pracy w opiece nad matką i dzieckiem po uzyskaniu tytułu SzPD (55%). Prawie co piąty badany, jako najbardziej istotną zmianę po wdrożeniu inicjatywy, wskazał wprowadzenie systemu *rooming-in* oraz przestrzeganie zasad „10 kroków do udanego karmienia piersią”. Nieco mniej badanych zwróciło uwagę na fakt, jakie znaczenie ma obecność najbliższych osób podczas porodu (16%). Wyłącznie karmienie piersią zostało uznane przez położne, lekarzy ginekologów-położników i pielęgniarki za najtrudniejszą do utrzymania praktykę wymaganą w realizacji idei SzPD.

Wnioski. Stała realizacja praktyk związanych z wprowadzeniem do placówki Inicjatywy Szpital Przyjazny Dziecku wiąże się z różnym stopniem trudności oraz z różnym nakładem pracy określanym przez odmienne grupy zawodowe.

Słowa kluczowe: Szpital Przyjazny Dziecku, promocja karmienia piersią, opieka okołoporodowa.

ABSTRACT

"Baby-friendly hospital initiative (BFHI)" aims to create appropriate conditions for breastfeeding. The implementation and continuation of the assumptions of this idea requires the introduction of numerous changes at the level of care organization and personnel education. Maintaining the title of BFH is connected with the workload of the entire medical staff of the facility.

Aim. The aim of the work was to evaluate by the staff of the Specialist Hospital in Ciechanów, activities related to maintaining the title of "Baby-friendly hospital".

Material and methods. A diagnostic survey was conducted using an author's questionnaire among 38 hospital employees involved in activities related to the implementation and continuation of the initiative (midwives, nurses, gynaecologists-obstetricians, neonatologists).

Results. Among the respondents, the majority admitted that they did not feel a difference in the amount of work in caring for mother and child after obtaining the title of BFH (55%). Almost every fifth respondent, as the most significant change after the initiative implementation, indicated the introduction of a rooming-in system and adherence to the principles of "10 steps to successful breastfeeding". Slightly fewer respondents pointed to allowing presence of the closest people during childbirth (16%). Exclusive breastfeeding has been recognized by midwives, gynaecologists-obstetricians and nurses as the most difficult to maintain practice required in the implementation of the idea of BFH.

Conclusions. Continuous implementation of practices related to the introduction of the Baby-friendly hospital initiative is associated with different levels of difficulty, and with varying workload determined by different professional groups.

Keywords: Baby-friendly hospital, promotion of breastfeeding, perinatal care.

Wstęp

W celu przywrócenia prawidłowego sposobu żywienia dzieci na świecie Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) i Fundusz Narodów Zjednoczonych na Rzecz Dzieci (UNI-

CEF) w 1990 roku opracowały i zaczęły wdrażać na świecie inicjatywę „Szpital Przyjazny Dziecku (SzPDz)” [1]. Celem tego projektu, który służy wzmacnianiu zdrowia publicznego było promowanie wyłącznego karmienia piersią od

narodzin do 6. miesiąca życia oraz utrzymanie karmienia piersią przez pierwsze dwa lata życia dziecka. Zalecenia te wynikały z udowodnionego potencjału mleka kobiecego w utrzymaniu zdrowia i życia niemowląt i małych dzieci, a także korzyści dla matki wynikających z laktacji (Bowatte et al., 2015; Guerrero, 2015; Iacono et al., 2005; Lawn, Co-usens, Zupan, & Lancet Neonatal Survival Steering Team, 2005; Nauta, Ben Amor, Knol, Garssen, & van der Beek, 2013; Victora et al., 2016). Tytuł „Szpital Przyjazny Dziecku” nadawany placówkom położniczo-neonatologicznym postrzegany jest jako znak jakości opieki okołoporodowej i element wspierania zdrowia publicznego [2]. Zasady oceny zostały opracowane przez UNICEF, Wellstart i Światowy Sojusz na rzecz Karmienia Piersią (WABA) w 1992 roku w San Diego w Kalifornii (USA) [3]. Według założeń inicjatywy, szpitale pragnące uzyskać tytuł SzPDz dobrowolnie zgłaszają gotowość do poddania się ocenie zewnętrznej, sprawdzającej spełnianie kryteriów. Stosowanie na całym świecie takich samych Zasad Oceny ułatwia realizację wyjątkowego karmienia piersią od narodzin niezależnie od poziomu placówek ochrony zdrowia i obszaru kulturowego [4].

Realizacja inicjatywy odbywa się poprzez wprowadzenie w szpitalach praktyk, które sprzyjają karmieniu piersią, w oparciu o dokument „Ochrona, propagowanie i wspieranie karmienia piersią – szczególna rola opieki okołoporodowej, wspólne oświadczenie WHO/UNICEF – 1989”. Przedsięwzięcie znane jest jako „10 kroków do udanego karmienia piersią” [5].

W szpitalu, który otrzymał ten certyfikat, każda matka karmiąca powinna otrzymać fachową pomoc dotyczącą prawidłowych zasad karmienia piersią. Edukacja w tym zakresie zaczyna się już w czasie ciąży i podkreśla wartość, rozpoczęcia karmienia piersią w jak najwcześniejszym okresie po urodzeniu się dziecka. SzPDz zapewnia stałą opiekę laktacyjną podczas pobytu w oddziale położniczym. Wymagane jest zarówno poszanowanie godności, jak i praw matek karmiących, a także prawo do najwyższej jakości, wszechstronnej, opieki okołoporodowej przyjaźnej matce [6].

Każdy Szpital Przyjazny Dziecku ma obowiązek przestrzegania zasad Międzynarodowego Kodeksu Marketingu Produktów zastępujących Mleko Kobięce, umożliwiając w ten sposób podjęcie przez matki świadomej decyzji o sposobie żywienia swojego dziecka [7].

Inicjatywa „Szpital Przyjazny Dziecku”, Program Promocji Karmienia Piersią powstały w Polsce w 1992 roku z inicjatywy prof. Krystyny Mikiel-Kostyry, która była również jego pierwszym Krajowym Koordynatorem [8]. Program przygotowano i wdrożono w ścisłej współpracy z WHO i UNICEF. W ramach jego realizacji Instytut Matki i Dziecka

(IMI Dz) w Warszawie opracował i wprowadził standardy opieki nad kobietami rodzącymi i karmiącymi. Utworzono Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią.

Pierwszym w Polsce „Szpitalem Przyjaznym Dziecku” został, w 1994 roku, po przeprowadzeniu oceny przez zewnętrznych audytorów Specjalistyczny Szpital Wojewódzki w Ciechanowie. W tym samym roku kolejnych 5 placówek otrzymało ten tytuł. Obecnie na liście przeprowadzającego oceny Komitetu Upowszechniania Karmienia Piersią znajduje się 95 szpitali [9].

W Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie działania na rzecz karmienia piersią były prowadzone już od 1981 roku, początkowo jako forma programu lokalnego, a od 1993 roku jako realizacja programu krajowego. Regionalny projekt reformy ochrony zdrowia, wg założeń Ministerstwa Zdrowia i Banku Światowego, uwzględnił w zadaniach promocji zdrowia – program karmienia piersią i poprawę opieki perinatalnej. Umożliwiło to szkolenie pracowników służby zdrowia w zakresie realizacji programów promocji zdrowia oraz zapewniło pomoc ekspertów Banku Światowego [10].

Pomysłodawcami i promotorami działań zmierzających do starania się o tytuł „Szpital Przyjazny Dziecku” była dyrekcja szpitala i personel Wojewódzkiej Przychodni Matki i Dziecka. Ubieganie się o tytuł było możliwe dzięki zaangażowaniu i pracy licznej grupy pracowników. Przygotowanie się do oceny i sporządzenie wszystkich wymaganych dokumentów trwało około roku, wiązało się z przeprowadzeniem i udokumentowaniem cyklu wielogodzinnych szkoleń personelu medycznego, uporządkowaniem wszystkich procedur zgodnie z wymogami tej inicjatywy oraz przygotowaniem oddziału [10].

Ocena szpitala odbyła się w dniach 26.02–1.03.1994 roku. Pierwsza reocena „Szpitala Przyjaznego Dziecku” odbyła się w Ciechanowie w lutym 2006 roku, kolejna we wrześniu 2015 roku.

Cel badań

Przedmiotem badania była ocena, przez personel, działań związanych z utrzymaniem tytułu „Szpitala Przyjaznego Dziecku” w Szpitalu Specjalistycznym w Ciechanowie.

Materiał i metody

Grupę badaną stanowili pracownicy zaangażowani bezpośrednio w działania związane z wdrożeniem Inicjatywy „Szpital Przyjazny Dziecku” w 1994 roku oraz personel szpitala realizujący zadania opieki nad matką i dzieckiem w okresie kontynuacji i podtrzymania Projektu SzPDz.

Przeprowadzono sondaż diagnostyczny za pomocą autorskiej ankiety wśród personelu pracującego w szpitalu

w Ciechanowie przed 1994 rokiem aż do chwili obecnej. Ankietą objęto 38 osób: położne, pielęgniarki, lekarzy położników i neonatologów, uzyskując zgodę zainteresowanych i dyrektora szpitala. Największą część grupy badanej stanowił personel oddziału położniczego (63%), jedną trzecią stanowił personel oddziału neonatologicznego, a (3%) personel poradni K. Badania prowadzono w okresie od listopada 2016 roku do stycznia 2017 roku.

Personel medyczny najliczniej reprezentowały położne i pielęgniarki, stanowiące $\frac{3}{4}$ badanych: ponad połowa respondentów to położne (55%), co piąta osoba biorąca udział w ankiecie to pielęgniarka (21%). Drugą grupą, zdecydowanie mniej liczną, byli lekarze, stanowiący $\frac{1}{4}$ badanych: lekarze położnicy-ginekologicy (18%) oraz lekarze neonatolodzy (5%). W badanej grupie zdecydowaną większość stanowiły kobiety (97%). Prawie połowa respondentów to osoby między 45 a 49 rokiem życia (40%). Co czwarty badany reprezentował przedział wiekowy 50-54 lata (26%). Kolejną grupę stanowiły osoby mające od 55 do 59 lat (18%). Najmniej liczna grupa to osoby, które ukończyły 60 lat (16%). Średni wiek respondentów to 52 lata. Zdecydowana większość badanych osób pracowała w ciechanowskim szpitalu nie dłużej niż 30 lat (71%). Pozostali zadeklarowali dłuższy staż pracy – nawet ponad 40 lat (29%). Średni staż pracy respondentów wyniósł 29 lat.

Większość badanego personelu medycznego miała wykształcenie wyższe magisterskie (52%), blisko $\frac{1}{4}$ wyższe licencjackie. Łącznie $\frac{3}{4}$ badanych zadeklarowało wykształcenie wyższe. Pozostałe osoby zakończyły swoją edukację na poziomie pomaturalnym (16%) oraz średnim (8%).

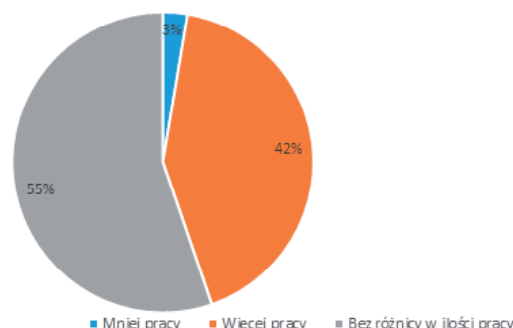
Do wprowadzenia danych i sporządzenia tabel wykorzystano program Excel 2010, natomiast do wykonania obliczeń użyto programu IBM SPSS Statistics 20.

Wyniki

Badanych pytano o opinię w kwestii nakładu i skali pracy związanej z realizacją Inicjatywy Szpital Przyjazny Dziecku. Wśród badanych osób większość przyznała, że nie odczuła różnicy w ilości pracy w opiece nad matką i dzieckiem po uzyskaniu tytułu SzPDz (55%). Natomiast blisko połowa stwierdziła, iż po przyznaniu certyfikatu ma więcej pracy (42%). Niewielki odsetek badanych (3%) oświadczył, że pracy ma mniej (**Rycina 1**).

Subiektywne odczucie zmiany w zakresie czasu poświęcanego opiece nad matką i dzieckiem przeanalizowano z punktu widzenia odcinka pracy. Wśród perso-

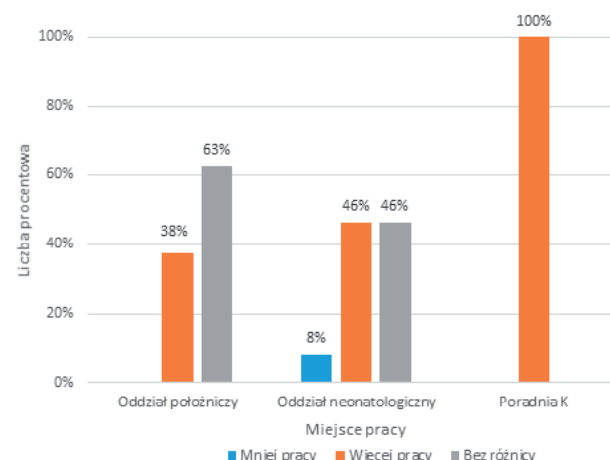
nelu oddziału położniczego ponad 1/3 badanych (38%) oświadczyła, że ma więcej pracy w związku z wdrożonymi po uzyskaniu tytułu SzPDz zmianami w opiece nad matką i dzieckiem. Większość uznała, że wprowadzone nowe standardy nie wpłynęły na ilość ich pracy (62%).



Rycina 1. Ilość pracy deklarowana przez badanych po uzyskaniu tytułu „Szpital Przyjazny Dziecku”

Personel oddziału neonatologicznego tylko w niewielkim odsetku oświadczył, że pracy ma mniej (8%). Pozostała część personelu w równym odsetku, stwierdziła, że ma więcej pracy w związku z posiadaniem przez szpital wyróżnienia lub nie widzi różnicy w ilości wykonywanej pracy (po 46%).

Cały badany personel poradni K stwierdził, że w związku z posiadaniem tytułu ma więcej pracy.



Rycina 2. Zależność między miejscem pracy a deklarowaną ilością pracy po przyznaniu tytułu „Szpital Przyjazny Dziecku”

Ankietowani byli pytani o zmiany w pracy oddziału po uzyskaniu tytułu SzPD. Prawie co piąty badany wskazał na powstanie systemu *rooming-in* w opiece nad matką i dzieckiem. Tyle samo respondentów uznało, że przestrzegane są zasady „10 kroków do udanego karmienia piersią”.

Nieco mniej badanych zwróciło uwagę na umożliwienie rodzącom obecności najbliższych osób podczas porodu (16%). Zdaniem ankietowanych do ważnych zmian należą wprowadzenie odwiedzin w oddziale położniczym oraz wdrożenie nowych zasad postępowania z rodzącą i położnicą. Z kolei co 10 ankietowany uważał, że uzyskanie tytułu przez szpital poprawiło edukację pacjentek dotyczącą karmienia piersią, w której położono nacisk na karmienie naturalne, nastąpiły korzystne zmiany w relacjach pacjent – personel oraz wzrosła świadomość pacjentek, np. na temat korzyści wynikających z karmienia piersią. Zdaniem niektórych badanych zwiększyła się liczba porodów, pacjentki mogą mieć przy sobie osobiste rzeczy (w tym wyprawkę dla dziecka), systematycznie odbywają się szkolenia dla personelu dotyczące np. propagowania i wspierania karmienia piersią, co w praktyce przełożyło się na zmniejszenie liczby dokarmianych noworodków oraz nastąpiła likwidacja kuchenki mlecznej. Niektórzy ankietowani do ważnych zmian w pracy oddziału zalicza: zwiększenie zadowolenia pacjentek (np. z możliwości kontaktu z dzieckiem już od chwili narodzin, obecności bliskich osób), ich edukację zdrowotną, poszanowanie godności i praw kobiet (w szczególności praw matek karmiących, prawa do opieki medycznej najwyższej jakości), zatrudnienie doradcy laktacyjnego w oddziale (prowadzi on także edukację wśród ciężarnych przebywających w oddziale Patologii Ciąży), wzrost odsetka matek karmiących piersią, rezygnację z golenia krocza i lewatywy oraz wzrost świadomości personelu (np. w kwestii karmienia naturalnego i systemu *roomin-in*) (**Tabela 1**).

Tabela 1. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Co zmieniło się w pracy oddziału po uzyskaniu tytułu ‘Szpital Przyjazny Dziecku’?”

Co zmieniło się w pracy oddziału po uzyskaniu tytułu „Szpital Przyjazny Dziecku”?	Ogółem %
Wprowadzono system <i>rooming-in</i>	18
Przestrzeganie “10 kroków do udanego karmienia piersią”	18
Wprowadzono porody rodzinne	16
Umożliwiono odwiedziny osób bliskich w oddziale	13
Wdrożono nowe zasady postępowania z rodzącą i położnicą	13
Rozwinięto edukację pacjentek na temat karmienia piersią	11
Poprawie uległy relacje pacjent – personel	11
Wzrosła świadomości pacjentek	11
Zwiększono nacisk na promocję karmienia piersią	11
Zlikwidowano kuchenkę mleczną	8
Umożliwiono pacjentkom na posiadanie rzeczy osobistych przy sobie	8
Wprowadzono szkolenia dla personelu	8
Wzrosła liczba porodów	8

Wzrosło zadowolenie pacjentek	5
Wzrosło poszanowanie godności i praw kobiet, matek karmiących	5
Zrezygnowano z golenia krocza i enemów	5
Zatrudniono doradcę laktacyjnego na oddziale	5
Wzrósł odsetek matek karmiących piersią	5
Nic się nie zmieniło	8
Brak odpowiedzi/nie wiem/trudno powiedzieć	5

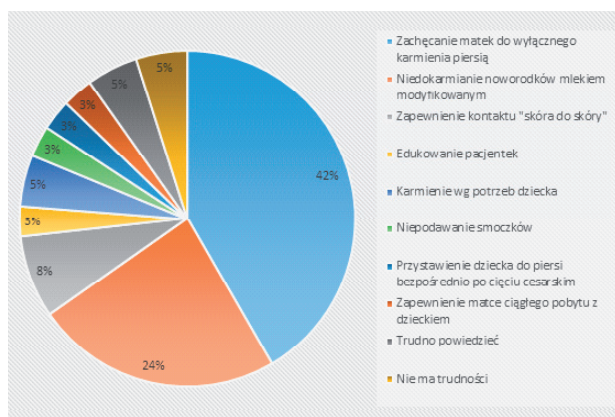
Tylko nieliczni ankietowani wskazali, że po uzyskaniu wyróżnienia: powstała szkoła rodzenia i poradnia laktacyjna, oddział stał się bardziej przyjazny kobiecie, matki wcześniej nawiązują więź z dzieckiem, skrócono czas hospitalizacji, zmniejszyła się liczba infekcji, zrezygnowano z dotychczasowych rutynowych praktyk (np. golenie, lewatywa), wzrosła wiedza pacjentek o opiece nad dzieckiem, nastąpiło zauważalne zwiększenie wsparcia personelu dla pacjentek i ich rodzin, zmniejszyła się liczba personelu w oddziale.

W badaniu skoncentrowano się również na określeniu tych praktyk, które wraz z upływem czasu mijającego od pierwszej oceny szpitala najtrudniej jest utrzymać zgodnie z zasadami sformułowanymi w wytycznych dla Szpitala Przyjaznego Dziecku. Na pytanie, jaką praktykę wymaganą przez ideę SzPDz jest najtrudniej utrzymać w oddziale, prawie połowa ankietowanych wskazuje zachęcenie matek do wyłącznego karmienia piersią (42%). Badani uzasadniają to szybkim zniechęcaniem się matek i ich wygodą, np. „Chętnie oddałyby obowiązek żywienia dziecka ojcu”, oraz kłopotami z przekonywaniem młodych matek do kontynuacji karmienia naturalnego po opuszczeniu szpitala.

Niemal ¼ badanych jest zdania, że sporo trudności przysparza zakaz dokarmiania noworodków, np. czasem ciężko jest przekonać pacjentki, że prawidłowo karmione dziecko najada się do syta i nie jest mu potrzebne dodatkowe dokarmianie, z drugiej strony pojawiają się próby dokarmiania noworodków przez personel oddziału neonatologicznego. Według kilku ankietowanych trudne do utrzymania są działania związane z zapewnieniem kontaktu „skóra do skóry”, głównie po cięciu cesarskim, a także karmienie naturalne na żądanie.

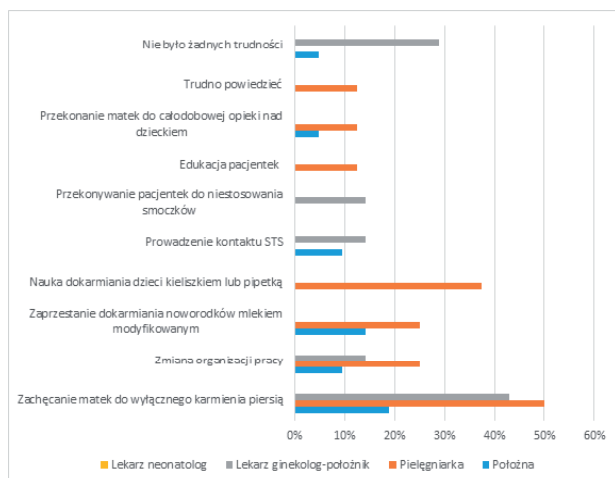
Pojedyncze odpowiedzi dotyczyły: edukacji pacjentek (na temat karmienia piersią, pielęgnacji dziecka), nie podawania smoczków ani innych uspokajaczy, przystawienia dziecka do piersi bezpośrednio po cięciu cesarskim oraz zapewnienie matce ciągłego pobytu z dzieckiem.

Tylko 5% respondentów stwierdziło, że nie ma praktyk, które sprawiałyby trudności i tyle samo nie udzieliło odpowiedzi na to pytanie (**Rycina 3**).



Rycina 3. Rozkład odpowiedzi na pytanie „Jaką praktykę wymaganą przez ideę SzPDz jest najtrudniej utrzymać?”

Wyłączne karmienie piersią zostało uznane przez położne, lekarzy ginekologów-położników, pielęgniarki za trudną do utrzymania praktykę wymaganą przez ideę SzPDz. Oprócz neonatologów, również pozostałe grupy wskazały na konieczność zmiany organizacji pracy oddziału, by to realizować. Mimo zmian organizacyjnych wyłączne karmienie piersią, bez dokarmiania, nadal sprawia trudności, według większości położnych i pielęgniarek. Wyłącznie w opinii ginekologów praktyką najtrudniejszą do utrzymania w ciechanowskim szpitalu jest rezygnacja ze smoczków. Jedynie pielęgniarki wskazały, że trudności sprawiają im edukowanie pacjentek oraz karmienie noworodków pipetką lub kieliszkiem. Wyłącznie zdaniem położnych i pielęgniarek zapewnienie matce stałego kontaktu z dzieckiem napotyka trudności. Tylko część lekarzy ginekologów a także położnych uważa, że nie ma żadnych praktyk wymaganych przez ideę SzPDz, które byłoby trudno utrzymać (**Rycina 4**).



Rycina 4. Zależność między wykonywanym zawodem a odpowiedzią na pytanie „Jaką praktykę wymaganą przez ideę SzPDz jest najtrudniej utrzymać?”

Dyskusja

Właściwe praktyki opieki okołoporodowej stanowią jeden ze znaczących czynników wpływających na rozpowszechnienie i długość karmienia naturalnego [11, 12]. Wprowadzenie zasad „Szpitala Przyjaznego Dziecku” wiąże się ze zmianą standardów realizowania opieki nad matką i dzieckiem, a także modyfikacją zasad wynikającą z kodeksu marketingu produktów zastępujących mleko kobiece [13, 4]. Badani opisali liczne zmiany w codziennej praktyce szpitalnej, ale także w zakresie funkcjonowania oddziału, przykładem jest zmiana systemu kohorty w opiekę w systemie rooming-in czy likwidacja kuchenki mlecznej. Trudno jednoznacznie określić, na ile zmiany w zakresie opieki nad matką i dzieckiem wynikają z implementacji idei Szpitala Przyjaznego Dziecku, a na ile wynikają z wpływu innych działań na rzecz poprawy jakości opieki okołoporodowej.

Wprowadzanie i podtrzymywanie założeń inicjatywy Szpital Przyjazny Dziecku jest postrzegane przez personel zarówno jako pożądane, ale również jako „niekorzystny nacisk” wiążący się z dużym nakładem pracy [14]. Ciekawe jest również odmienne określanie wpływu wprowadzenia zasad Szpitala Przyjaznego Dziecku na ilość pracy. Prowadzone badania własne sugerują, że najwięcej obowiązków przybyło w poradni K, co wiąże się głównie z szerszym zakresem edukacji kobiet, natomiast na zmniejszenie obciążenia pracą wskazują pracownicy oddziału neonatologicznego.

Największa trudność, zdaniem większości ankietowanych, związana jest z utrzymaniem wyłącznego karmienia piersią oraz zapewnieniem wszystkim noworodkom kontaktu skóra do skóry po porodzie. Wyniki te są zgodne z analizą opinii pracowników przeprowadzoną przez zespół Walsh, w której jako główną trudność wymienia się zaniechanie przez matki wyłącznego karmienia piersią, wynikające z wpływu inwazji, promocji, kultury karmienia sztucznego [15]. Inne badania wskazują, że personel medyczny przypisuje uzyskaniu i utrzymaniu poszczególnych praktyk wymaganych przez Inicjatywę Szpital Przyjazny Dziecku różny stopień trudności [16]. Wskaźniki wyłącznego karmienia piersią w Polsce publikowane po 2007 pokazują, że do dnia wypisu 50-87% dzieci nie otrzymuje pokarmu sztucznego ani glukozy po porodzie [17–19]. Wyłączne karmienie piersią w 6 miesiącu życia, zalecane przez WHO/UNICEF, jest obserwowane jedynie w przypadku 29,3% dzieci [20]. Badania pokazują, że prawidłowa realizacja założeń Inicjatywy Szpital Przyjazny Dziecku jest w stanie znacząco wpłynąć na uzyskiwane wyniki dotyczące długości i wyłączności karmienia [13, 21–25]. Jedynie realizacja „10 kroków” w codziennej praktyce szpi-

tala może zapewniać odpowiednie wsparcie dla podtrzymania karmienia, bez dokarmiania. Drugim aspektem jest zachowywanie przez placówkę zasad kodeksu marketingu produktów zastępujących mleko kobiece. Do wprowadzenia „10 kroków” niezbędne są zmiany w funkcjonowaniu i organizacji oddziałów położniczo-neonatologicznych [26]. Konieczne jest przeszkolenie personelu medycznego i niemedycznego, mającego kontakt z matką i dzieckiem oraz rezygnacja z wielu rutynowych praktyk.

Niczym nie zakłócony kontakt „skóra do skóry” zakończony karmieniem piersią sprzyja rozpoczęciu laktacji [27]. Ankietowani podali, że największe trudności z realizacją pierwszego kontaktu mają kobiety rodzące drogą cięcia cesarskiego. W szpitalu w Ciechanowie odsetek operacyjnego ukończenia ciąży dochodzi do 60%, co w sposób znaczący może wpływać na wyniki dotyczące karmienia piersią [10]. Położnica po zabiegu cięcia cesarskiego jest przekazywana na 3-godzinną obserwację do Sali Nadzoru Pooperacyjnego, mieszczącą się na innym piętrze. W tym czasie nie ma kontaktu z dzieckiem. Do piersi dziecko jest przystawiane po jej powrocie na oddział położniczy, tj. po ponad trzech godzinach po porodzie. Najsilniejszy odruch ssania przyczyniający się do udanego rozpoczęcia karmienia piersią występuje u dziecka w pierwszych godzinach życia [27]. To może być jedna z przyczyn trudności w utrzymaniu wyłącznego karmienia piersią. Obserwuje się również wzrost liczby noworodków o dużej masie urodzeniowej (powyżej 4000g). Matki tych dzieci szczególnie obawiają się, że mają zbyt mało pokarmu i ich dziecko nie najada się. Wymuszają wówczas na personelu oddziału neonatologicznego dokarmianie.

Wpływ na podjęcie decyzji o sposobie karmienia piersią ma opinia najbliższego otoczenia, pomoc i akceptacja tej decyzji ze strony męża (partnera), ale także wsparcie personelu medycznego. Kobiety potrzebują rzetelnej informacji na temat dostępnych sposobów żywienia dziecka, korzyści i trudności wynikających z karmienia naturalnego, informacji na temat przebiegu laktacji. Edukacja ciężarnych, rodzących i położnic należy do zadań personelu medycznego, szczególnie położnych. Z badań wynika, że to właśnie dla nich realizacja tego zakresu zadań stanowi trudność. Prowadzenie rzetelnej edukacji ciężarnych i położnic wymaga ciągłego dokształcania się personelu opiekującego się matką i dzieckiem: lekarzy, położnych i pielęgniarek.

Przystosowanie i utrzymanie idei Szpitala Przyjaznego Dziecku wpływa na zdrowie matek i przyszłych pokoleń. Ma realny wpływ na poprawę zdrowia publicznego i powinno być uwzględniane w polityce zdrowotnej.

Wnioski

1. Wyniki badania wskazują na liczne zmiany związane z wprowadzeniem Inicjatywy Szpital Przyjazny Dziecku do placówki położniczo-neonatologicznej zmierzające do poprawy zdrowia dzieci i matek.
2. Utrzymanie praktyk wymaganych przez Inicjatywę Szpital Przyjazny Dziecku wiąże się w opinii badanych ze zmianą ilości czasu poświęcanego na pracę w oddziale.
3. Realizacja praktyk koniecznych do utrzymania standardów zgodnych z ideą SzPD wiąże się z różnym stopniem trudności, różnie określanym przez różne grupy zawodowe, przy czym jako szczególnie istotne wymieniane jest wspieranie wyłącznego karmienia piersią.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. World Health Organization. Baby Friendly Hospital Initiative (BFHI). 1991. <http://www.who.int/nutrition/topics/bfhi/en/>
2. Kim KA, Shin SM, Lee K. Evaluation of the Effect of BFHI (Baby-Friendly Hospital Initiative) Developed by WHO/UNICEF. Korean J Perinatol. 2005 Mar 1;16(1):37–48. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2002.tb03280.x>.
3. Saadeh RJ. The Baby-Friendly Hospital Initiative 20 years on: facts, progress, and the way forward. J Hum Lact. 2012;28(3): 272–275. <https://doi.org/10.1177/0890334412446690>.
4. Pérez-Escamilla R. Evidence based breast-feeding promotion: the Baby-Friendly Hospital Initiative. J Nutr. 2007;137(2): 484–487. <https://doi.org/10.1093/jn/137.2.484>.
5. World Health Organization. Evidence for the ten steps to successful breastfeeding. 1998; http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241591544/en/.
6. UNICEF/WHO. Protecting, promoting and supporting Breast-feeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised BABY-FRIENDLY HOSPITAL INITIATIVE. IMPLEMENTATION GUIDANCE. 2018. <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation-2018.pdf?ua=1>.
7. WHO. International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes. Geneva. 1981. http://www.who.int/nutrition/publications/code_english.pdf
8. Nehring-Gugulska M, Szytber B, Pietkiewicz A. Promocja karmienia piersią. w: Nehring-Gugulska, Żukowska-Rubik, Pietkiewicz. Karmienie piersią w teorii i praktyce. II. Medycyna Praktyczna. Warszawa. 2017. p. 33–42.
9. Komitet Upowszechniania Karmienia Piersią. 2018. <https://www.laktacja.pl/index.php/article/6,szpital-przyjazne-dziecku>.
10. Rogozińska E. Pierwszy w Polsce Szpital Przyjazny Dziecku - analiza zmian w opiece nad matką i dzieckiem w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie. Warszawski Uniwersytet Medyczny. Warszawa. 2017.

11. Moore T, Gauld R, Williams S. Implementing Baby Friendly Hospital Initiative policy: the case of New Zealand public hospitals. *Int Breastfeed J*. 2007 Apr 23;2:8. <https://doi.org/10.1186/1746-4358-2-8>.
12. Okolo SN, Ogbonna C. Knowledge, attitude and practice of health workers in Keffi local government hospitals regarding Baby-Friendly Hospital Initiative (BFHI) practices. *Eur J Clin Nutr*. 2002 May;56(5):438–41. <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1601331>
13. Chien L-Y, Tai C-J, Chu K-H, Ko Y-L, Chiu Y-C. The number of Baby Friendly hospital practices experienced by mothers is positively associated with breastfeeding: a questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 2007;44(7):1138–1146. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2006.05.015>.
14. Schmied V, Thomson G, Byrom A, Burns E, Sheehan A, Dykes F. A meta-ethnographic study of health care staff perceptions of the WHO/UNICEF Baby Friendly Health Initiative. *Women Birth*. 2014 Dec 1;27(4):242–9. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2014.05.005>.
15. Walsh AD, Pincombe J, Henderson A. An Examination of Maternity Staff Attitudes Towards Implementing Baby Friendly Health Initiative (BFHI) Accreditation in Australia. *Matern Child Health J*. 2011 Jul 1;15(5):597–609. <https://doi.org/10.1007/s10995-010-0628-1>.
16. Schmied V, Gribble K, Sheehan A, Taylor C, Dykes FC. Ten steps or climbing a mountain: A study of Australian health professionals' perceptions of implementing the baby friendly health initiative to protect, promote and support breastfeeding. *BMC Health Serv Res*. 2011 Aug 31;11:208. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-11-208>.
17. Królak-Olejnik B, Błasiak I, Szczygiał A. Promotion of breastfeeding in Poland: the current situation. *J Int Med Res*. 2017 Dec 1;45(6):1976–84. <https://doi.org/10.1177/0300060517720318>.
18. Zagórecka E, Motkowski R, Stolarczyk A. Breastfeeding in infant nutrition in selected cities in Central and Eastern Poland. *Pediatr Pol*. 2007;82:538–49.
19. Bernatowicz-Łojko U, Wesołowska A, Wilińska M. Participation of breast milk in children's diets until 2 years of age in Poland on the example of province - Kujawsko-Pomorskie. *Standardy Medyczne/Pediatrica*. 2012;9:281–8.
20. Romaszko J, Czerwionka-Szaflarska M, Piekus N, Skajewska B, Sieluzicka A, Romaszko E, et al. An assessment of the duration of breastfeeding in north-eastern Poland. *Cent Eur J Med*. 2013 Feb 1;8(1):75–9. <https://doi.org/10.2478/s11536-012-0089-6>.
21. Abrahams SW, Labbok MH. Exploring the impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on trends in exclusive breastfeeding. *Int Breastfeed J*. 2009;4(1):11. <https://doi.org/10.1186/1746-4358-4-11>.
22. Braun MLG, Giugliani ERJ, Soares MEM, Giugliani C, de Oliveira AP, Danelon CMM. Evaluation of the Impact of the Baby-Friendly Hospital Initiative on Rates of Breastfeeding. *Am J Public Health*. 2003 Aug 1;93(8):1277–9. <https://doi.org/10.2105/AJPH.93.8.1277>.
23. Chalmers B, Levitt C, Heaman M, O'Brien B, Sauve R, Kaczorowski J. Breastfeeding rates and hospital breastfeeding practices in Canada: a national survey of women. *Birth*. 2009;36(2):122–132. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00309.x>.
24. Coutinho SB, de Lira PIC, de Carvalho Lima M, Ashworth A. Comparison of the effect of two systems for the promotion of exclusive breastfeeding. *The Lancet*. 2005;366(9491):1094–1100.
25. Duyan Çamurdan A., Özkan S., Yüksel D., Pasli F., Şahin F., Beyazova U. The effect of the baby-friendly hospital initiative on long-term breast feeding. *Int J Clin Pract*. 2007 Apr 1;61(8):1251–5. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67421-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67421-1).
26. Bień A, Iwanowicz-Palus G, Zarajczyk M. Organizacja i funkcjonowanie oddziału położniczo-noworodkowego w systemie rooming-in. *Ogólnopól Przegląd Med*. 2013;7:42–6. <http://opm.elamed.pl/archiwum%5Bwydanie,2430,7,2013%5D>.
27. Baranowska B. Wyjątkowe godziny. Otfifinowska. Wokół porodu – bliskość po porodzie wybrane zagadnienia medycyny opartej na dowodach. Warszawa: Fundacja Rodzić po Ludzku; 2017.

Zaakceptowano do edycji: 20.02.19
Zaakceptowano do publikacji: 27.03.19

Adres do korespondencji:

Barbara Baranowska
ul. Żwirki i Wigury 81
02-091 Warszawa
tel.: 509-083-263
e-mail: bbaranowska@gmail.com

AKCEPTACJA CHOROBY NOWOTWOROWEJ PRZEZ OSOBY STARSZE A POZIOM ODCZUWANEGO ZMĘCZENIA

ACCEPTANCE OF CANCER AND FATIGUE EXPERIENCED BY ELDERLY PATIENTS

Marta Maż, Iwona Bodys-Cupak

Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.6>

STRESZCZENIE

Wstęp. Zmęczenie nowotworowe jest jednym z najczęstszych problemów, które dotyczą pacjentów onkologicznych. Mimo postępów w dziedzinie leczenia i pielęgnacji pacjentów z chorobami nowotworowymi, ten problem jest nadal zbyt rzadko dostrzegany przez personel medyczny, a sami pacjenci, zwłaszcza w podeszłym wieku, uznają towarzyszące im zmęczenie za coś naturalnego.

Cel pracy. Celem niniejszej pracy było przedstawienie zależności pomiędzy akceptacją choroby nowotworowej przez osoby starsze a poziomem odczuwanego przez nich zmęczenia.

Materiał i metody. Badania zostały przeprowadzone wśród 73 pacjentów oddziału radioterapii. Narzędzia badawcze wykorzystane do badań to autorski kwestionariusz ankiety, Skala AIS autorstwa B.J. Felton, T.A. Revenson i G.A. Hinrichsen w adaptacji Z. Juczyńskiego oraz Podskale Oceny Zmęczenia kwestionariusza FACIT- F wersja polska.

Wyniki. Przeprowadzone badania wykazały, że ponad połowa pacjentów w znacznym stopniu odczuwa zmęczenie. Im wyższy był poziom zmęczenia, tym mniejsza była akceptacja choroby nowotworowej wśród chorych. Pacjenci, u których występowały uciążliwe powikłania choroby nowotworowej i jej leczenia w większym stopniu odczuwali zmęczenie, jednak nie wpływało to istotnie na poziom akceptacji choroby. Mędości, ból, brak energii oraz mało efektywny sen wpływały znacząco na odczuwanie zmęczenia. Pacjenci, którzy przyjmowali na stałe leki z powodu chorób współistniejących częściej odczuwali zmęczenie. Wykazano zależność pomiędzy płcią a nasileniem zmęczenia, większy poziom zmęczenia występował wśród kobiet.

Wnioski. Odczuwane przez osoby starsze, leczone onkologicznie zmęczenie ma negatywny wpływ na akceptację choroby nowotworowej.

Słowa kluczowe: choroba nowotworowa, akceptacja choroby, zespół zmęczenia nowotworowego, osoby starsze.

ABSTRACT

Introduction. Cancer-related fatigue is one of the most common problem of the oncological patients. Despite advances in medicine and nursing, this problem is too rarely noticed by medical staff. Elderly patients believe that fatigue in their age is something normal and it is not related to the disease.

The aim of the research. The aim of the study was to present the relationship between acceptance of cancer and fatigue experienced by elderly patients.

Material and methods. The research was carried out on the group of 73 patient being currently treated at Radiotherapy Ward. The research instrument was original survey questionnaire, Acceptance of Illness Scale (AIS BJ Felton, TA Revenson, Hinrichsen GA) in the adaptation of the Z. Juczyński and Fatigue Subscale from FACIT-F Scale - Polish version.

Results. Studies has shown that over half of patients experienced fatigue to a great extent. The higher was the level of fatigue, that lower was the level of acceptance of illness among patients. Patients who were more severely affected by cancer complications and its treatment were more tired, but it does not affect their acceptance of the disease. Nausea, pain, lack of energy and inefficient sleep had an impact on a greater level of fatigue. Taking medicines permanently affects the more frequent feeling of fatigue. More women than men reported that they feel tired.

Conclusion. The analysis of the research proved that among older people treated oncologically, their fatigue has a negative impact on the acceptance of cancer.

Keywords: cancer disease, acceptance of the disease, cancer-related fatigue, the elderly.

Wstęp

Zmęczenie związane z nowotworem jest częstym problemem dotyczącym pacjentów onkologicznych. Jest to istotny czynnik wpływający na pogorszenie jakości życia, a przez wielu pacjentów wskazywane jest jako jeden z najbardziej dokuczliwych objawów związany z chorobą nowotworową lub jej terapią. Niestety mimo ogromnego postępu w dziedzinie onkologii nadal zbyt rzadko diagnozuje się oraz podejmuje próby terapii Zespołu Zmęczenia Nowotworowego [1].

Zespół zmęczenia nowotworowego (ang. *cancer related fatigue*) definiowany jest jako objaw lub zespół chorobowy, w którym utrzymujące się przez dłuższy czas uczucie znużenia, osłabienia, braku energii, spowodowane podstawową jednostką chorobową lub leczeniem przeciwnowotworowym, zakłóca codzienne funkcjonowanie pacjenta. Uczucie to jest nieproporcjonalnie duże do wykonywanego wysiłku, a nawet może nie mieć związku z jakąkolwiek aktywnością. W przeciwieństwie do zwykłego zmęczenia u zdrowych osób nie ustępuje po odpoczyn-

ku ani przerwie nocnej [1, 2, 3]. Dolegliwość ta dotyczy około 20–30% wyleczonych z długoletnim przeżyciem oraz aż 80–90% w trakcie leczenia lub w późnym stadium choroby. Problem dotyka również młodszych pacjentów. Z ZZN zmagają się aż 57% dzieci chorych nowotworowo. Niestety, zespół zmęczenia nowotworowego jest bardzo często ignorowany przez personel medyczny. Istnieją rozbieżności w postrzeganiu ZZN przez lekarzy onkologów i pacjentów. Badania pokazują, że większość onkologów za największy problem u swoich pacjentów uważa ból, natomiast pacjenci wskazują zmęczenie [1–5].

Badacze wyróżniają cztery podstawowe kryteria rozpoznania zespołu zmęczenia nowotworowego. Po pierwsze pacjent w ciągu ostatniego miesiąca przynajmniej przez okres 2 tygodni odczuwał zmęczenie i dodatkowo każdego lub prawie każdego dnia występowały inne objawy związane z ZZN. Zmęczenie nowotworowe prowadzi do niepokoju oraz zaburzeń funkcjonowania w znaczącym stopniu. Objawy występujące u pacjenta wskazują na to, że przyczyną zmęczenia jest nowotwór lub leczenie przeciwnowotworowe. Ostatnie kryterium wyklucza związek objawów z zaburzeniami psychicznymi, na przykład depresją. Również Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD10 proponuje kryteria rozpoznawania zespołu zmęczenia nowotworowego. Do objawów tych należą m.in.: znaczny stopień zmęczenia, spadek energii lub zwiększone zapotrzebowanie na odpoczynek, nieproporcjonalne do aktualnego poziomu aktywności, ogólne osłabienie lub ciężkość kończyn, zaburzenia uwagi i koncentracji, spadek motywacji i zmniejszone zainteresowanie dotychczasowymi zajęciami, trudności ze snem lub bezsenność, sen nie zmniejsza poziomu zmęczenia, uświadomiona potrzeba przezwyciężenia bezczynności, poczucie smutku, frustracji, irytacji z powodu odczuwanego zmęczenia, trudności z wypełnianiem codziennych obowiązków związane z występowaniem zmęczenia, problemy z pamięcią krótkotrwałą, złe samopoczucie po wysiłku, trwające kilka godzin. Objawy powodują znaczące kliniczne zaburzenie w życiu społecznym, zawodowym lub innym obszarze życia pacjenta [6].

Często zmęczenie jest jednym z pierwszych objawów toczącego się w organizmie procesu nowotworowego. Znaczne zmęczenie można zaobserwować już u pacjentów ze świeżo postawionym rozpoznaniem, zwłaszcza u osób z drobnokomórkowym nowotworem płuc czy rakiem nerki, u których rozwinął się zespół paranowotworowy. Wraz z progresją choroby nowotworowej nasila się również poziom zmęczenia. Rozwijający się nowotwór powoduje zmiany w funkcjonowaniu poszczególnych narządów, a także jest przyczyną neurofizjologicznych zmian

w mięśniach szkieletowych. W organizmie, w którym toczy się proces nowotworowy dochodzi do zaburzenia produkcji różnych substancji, między innymi do uwalniania cytokin. Czynnikiem nasilającym mającym wpływ na częstotliwość występowania zmęczenia nowotworowego są również rodzaj nowotworu, jego umiejscowienie czy stopień zaawansowania [7].

Rodzaj zastosowanego leczenia wpływa na nasilenie objawów zmęczenia. W przypadku zastosowania leczenia chirurgicznego jest to normalna reakcja organizmu na przeprowadzone interwencje i występuje bezpośrednio po wykonanym zabiegu. Ponadto duży wpływ ma zastosowane znieczulenie, rodzaj zastosowanych analgetyków, unieruchomienie podczas zabiegu, infekcje, lęk pacjenta związany z leczeniem chirurgicznym. Stosowanie chemioterapii często wywołuje nudności, wymioty, biegunkę, czy anemię, co nie pozostaje bez wpływu na samopoczucie pacjenta oraz poziom odczuwanego zmęczenia. Ponadto osłabienie u pacjenta może nasilać nagromadzenie w organizmie produktów rozpadu komórek jako efekt leczenia cytostatykami. Poziom odczuwanego zmęczenia zwiększa się wraz z ilością przyjmowanych cykli chemioterapii. W przypadku radioterapii zmęczenie może być głównym skutkiem ubocznym leczenia. Podobnie jak w przypadku chemioterapii mogą wystąpić nudności, biegunka, utrata masy ciała, a ponadto odczyny popromienne skóry i śluzówek, które wywołują znaczny i długotrwały ból, co nasila przewlekłe zmęczenie u pacjenta onkologicznego. Zastosowanie leczenia biologicznego może powodować wystąpienie objawów grypopodobnych, takich jak gorączka, dreszcze, ogólne osłabienie czy zmęczenie. W przypadku nowotworów hormonozależnych, między innymi takich jak rak piersi, rak gruczołu krokowego czy rak trzonu macicy stosowana jest hormonoterapia, wśród jej skutków ubocznych również wyróżnia się nadmierną senność oraz zmęczenie [7, 8].

Zmęczenie ma negatywny wpływ na jakość życia pacjentów onkologicznych, ogranicza funkcjonowanie w zakresie fizycznym, psychicznym i społecznym. Bardzo często mylnie odbierane jest przez pacjentów jako dowód na niepowodzenie terapii czy progresję choroby. Dlatego tak ważne jest wczesne rozpoznanie zespołu zmęczenia nowotworowego oraz jego terapia. Istnieją zarówno farmakologiczne, jak i nefarmakologiczne metody leczenia ZZN. Wybór zależy przede wszystkim od fazy rozwoju choroby nowotworowej. W przypadku rozpoznania u pacjenta ZZN, terapię powinno zacząć się od eliminacji czynników, które można zmodyfikować. Czynniki potencjalnie możliwe do skorygowania, które mogą być przyczyną zmęczenia to: niedokrwistość, zaburzenia elektrolitowe, zaburzenia

endokrynologiczne, infekcje, depresja, choroby współistniejące. Metody farmakologiczne są bardzo ograniczone. Postępowanie skupia się przede wszystkim na modyfikacji zastosowanego leczenia, tj. zmniejszeniu w miarę możliwości dawek leków przeciwbólowych, głównie opioidów, leków przeciwwymiotnych, nasennych oraz przeciwłękowych, które nasilają zmęczenie. Ponadto istnieją przesłanki, że kilka grup leków może mieć zastosowanie w leczeniu ZZN. Zalicza się do nich: glikokortykosterydy, tymoleptyki, progestageny, psychostymulanty, a także erytropoetyna. Niestety nie przeprowadzono wystarczająco szerokich badań potwierdzających ich skuteczność [2, 3, 9–12].

Zdiagnozowanie nowotworu często powoduje u chorego poczucie utraty kontroli nad własnym życiem i jest trudne do zaakceptowania. Stanowi to ogromny stres, a nawet może prowadzić do poważnych zmian w psychice pacjenta, takich jak depresja czy zaburzenia lękowe. W zależności od indywidualnych predyspozycji, cech osobowości, sposobów radzenia sobie w stresowych sytuacjach każdy pacjent w odmienny sposób reaguje na wiadomość o chorobie. Reakcje pacjentów mogą się zmieniać w czasie, co może być spowodowane na przykład stosowaną terapią, jej uciążliwością czy dalszym rokowaniem. U pacjentów możemy zetknąć się z dwoma skrajnymi postawami wobec wieści o chorobie nowotworowej. Pierwsza z nich to postawa aktywna, w której pacjent mobilizuje się do walki z chorobą. U takiego pacjenta może wystąpić zjawisko pozytywnego przewartościowania, to oznacza, że nie będzie postrzegał choroby jako zagrożenia, czy nieszczęścia, ale jako bodziec do zmian w swoim życiu. Aktywną postawę cechuje też „duch walki”. W tym przypadku choroba jest postrzegana jako wyzwanie, które należy podjąć. Zdecydowanie mniej korzystna dla pacjenta jest postawa bierności. Jedną z najbardziej znaczących teorii mówiących o reakcji i przystosowaniu się pacjenta do choroby nowotworowej jest teoria Elizabeth Kübler-Ross, która została ogłoszona w 1979 roku [13]. Autorka w swojej książce pod tytułem „Rozmowy o śmierci i umieraniu” opisuje pięć etapów, przez które przechodzi osoba chora na nowotwór: zaprzeczanie, gniew, targowanie się, depresja, akceptacja. Analogiczne etapy przechodzi również najbliższa rodzina pacjenta terminalnie chorego. Teoria ta odnosi się głównie do osób w zaawansowanym stadium choroby, ale również może wystąpić u pacjentów o dobrym rokowaniu. Nie każdy pacjent przechodzi wszystkie z wymienionych etapów lub przechodzi je w zmienionej kolejności czy nawet kilkukrotnie [14, 15].

Koncepcja adaptacji poznawczej podkreśla pozytywną rolę złudzeń w walce z chorobą nowotworową. Nie jest to uniwersalna zasada, lecz należy rozpatrywać ją w od-

niesieniu do konkretnego pacjenta. Pozytywne myślenie i złudzenia, często mają kluczowe znaczenie dla zachowania zdrowia psychicznego. Wytworzenie pozytywnego obrazu własnej osoby i sytuacji może pomóc w walce z chorobą oraz przynieść ulgę [14, 16, 18].

Choroba nowotworowa powoduje liczne zmiany w życiu każdego pacjenta na wielu płaszczyznach i konieczność przystosowania do nowej, niekorzystnej sytuacji. W zależności od doświadczeń życiowych nabytych przez daną osobę w ciągu całego życia dochodzi do zaakceptowania tej sytuacji i wcielenie się w rolę pacjenta lub zaprzeczenie i odrzucenie tej roli. Proces przystosowania się mogą utrudniać konieczność diametralnej zmiany stylu życia oraz ograniczenia narzucone przez chorobę. Akceptacja choroby oznacza przede wszystkim zgodę na zmiany w życiu. Pacjenci poznają swoją chorobę, uczą się, jak sobie z nią radzić. Odczuwają przykre objawy, takie jak: ból, mdłości, zmęczenie, co znacznie wpływa na jakość ich życia. W przypadku chorób, które są nieuleczalne lub przewlekłe brak akceptacji prowadzi do bezradności oraz wyczerpania [18, 19, 20, 21, 22].

Cel pracy

Celem niniejszej pracy jest ocena zależności pomiędzy akceptacją choroby nowotworowej, a poziomem odczuwanego zmęczenia u osób starszych.

Metody, techniki, narzędzia badawcze

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego, techniką ankiety, narzędzia badawcze stanowiły: autorski kwestionariusz ankiety, kwestionariusz oceny funkcjonalnej osób przewlekłe chorych (FACIT-F) oraz Skala Adaptacji Choroby (AIS).

W badaniach wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety, który składał się z 23 pytań zamkniętych jednokrotnego i wielokrotnego wyboru oraz pytań otwartych. Pierwsza część pytań dotyczyła danych socjodemograficznych badanych osób. Natomiast w drugiej części pytania dotyczyły ogólnego stanu zdrowia pacjentów, zdiagnozowanej choroby nowotworowej, sposobów jej leczenia oraz skutków ubocznych terapii.

W przeprowadzonym badaniu zastosowano również Kwestionariusz oceny funkcjonalnej osób przewlekłe chorych (FACIT-F) – wersja 4, polska. Kwestionariusz składa się z 5 części, dotyczących: – stanu fizycznego, – życia rodzinnego i towarzyskiego, – stanu emocjonalnego, – funkcjonowania w życiu codziennym, – podskali oceny zmęczenia.

Ponadto w badaniu wykorzystano Skalę Adaptacji do Choroby (AIS), która składa się z 8 stwierdzeń opisujących negatywne konsekwencje złego stanu zdrowia. Badane

osoby zaznaczały w skali od jeden do pięciu, w jakim stopniu zgadzają się z danym stwierdzeniem. Suma punktów uzyskana przez pacjenta wskazuje na poziom akceptacji choroby. Im większa liczba uzyskanych punktów tym wyższy poziom akceptacji choroby przez daną osobę.

W celu oceny korelacji między zmiennymi użyto testu Manna-Whitneya, testu Kruskala-Wallisa oraz współczynnika korelacji rho-Spearmana. Wybór testów nieparametrycznych podyktowany był brakiem normalności rozkładów zmiennych (zweryfikowano testem Kołmogorowa-Smirnowa oraz Shapiro-Wilka). Przyjęto poziom istotności $p < 0,05$. Obliczenia przeprowadzono programem IBM SPSS Statistics 20.

Badania zostały przeprowadzone w Szpitalu Specjalistycznym im. Ludwika Rydygiera w Krakowie od 31.12.2016r. do 30.06.2017r. Na przeprowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej UJCM (KBET 122.6120.269.2015). W badaniach wzięli udział pacjenci hospitalizowani w oddziale radioterapii. Grupa badanych obejmowała 73 osoby. Każdy pacjent został poinformowany o anonimowości przeprowadzonych badań oraz sposobie wypełniania kwestionariusza ankiety. Uzyskano świadomą, pisemną zgodę ankietowanych na udział w badaniu.

Kryteriami doboru pacjentów do badań były: rozpoznana choroba nowotworowa, wiek powyżej 60 roku życia, uzyskanie zgody na udział w badaniu i wykorzystanie uzyskanych informacji do celów naukowych.

W badanej grupie znalazło się 73 osoby. Większość badanych (67,1%) to byli mężczyźni. Kobiety stanowiły 32,9% osób. Średnia wieku badanych wyniosła $69,52 \pm 6,95$ lat. Wiek wahał się od 60 lat do 86 lat. W grupie wiekowej 60-70 lat znalazło się 58,9% osób, natomiast 41,1% badanych miało 70-86 lat. Większość badanych (86,3%) mieszkało w Krakowie. Miasto inne niż Kraków jako miejsce zamieszkania wskazało 13,7% osób.

Wykształcenie wyłącznie podstawowe posiadało 11,0% osób. Najczęściej (52,1%) badani deklarowali wykształcenie zawodowe. Wykształcenie średnie posiadało 19,2% osób, a wykształcenie wyższe 17,8% badanych.

Większość badanych (78,1%) pozostawała w związkach małżeńskich. Kolejną co do wielkości grupę stanowiły osoby owdowiałe (17,8%) oraz panny i kawalerowie (2,7%). Najmniejszy odsetek stanowiły osoby rozwiedzione (1,4%). Najliczniejszą grupę (50,7%) stanowili emeryci. Rencistami było 24,7% badanych, a aktywni zawodowo to 23,3% osób. Bezrobotnych było 1,4% badanych. Ponad połowa badanych (61,6%) oceniła dobrze swoją sytuację materialną. Średnio oceniła ją 38,4% osób.

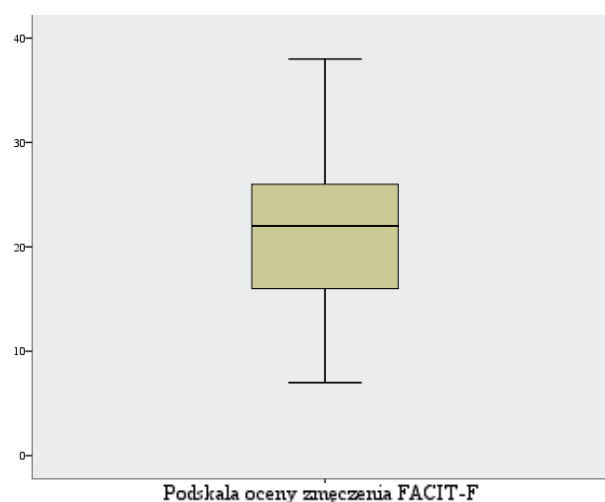
Poziom akceptacji choroby w badanej grupie wyniósł $28,88 \pm 6,44$ pkt. na skali 8–40 pkt, oznacza to wynik przeciętny. Wyniki wahały się od 14 pkt. do 40 pkt.,

a ponad połowa osób uzyskała poniżej 30 pkt. (**Rycina 1**). Niski poziom akceptacji choroby (8–18 pkt.) występował wśród 7% badanych, najwięcej osób uzyskało przeciętny wynik (19–29 pkt.), natomiast 45% pacjentów przejawiało wysoki poziom akceptacji choroby (30–40 pkt.).



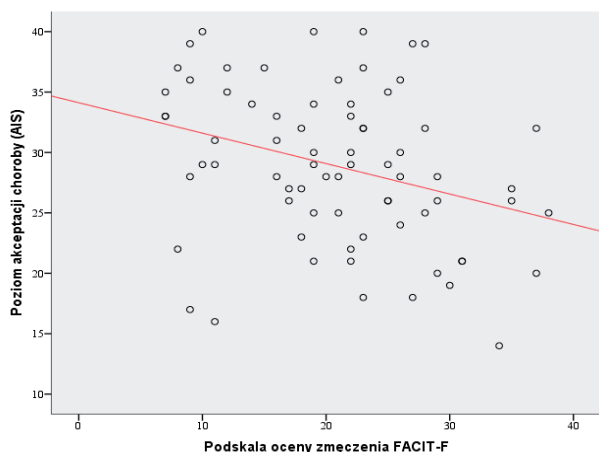
Rycina 1. Poziom akceptacji choroby (AIS)

Średni poziom odczuwanego przez chorych zmęczenia wyniósł $20,81 \pm 8,08$ pkt. na skali 0–52 pkt. Wyniki wahały się od 7 do 38 pkt., a połowa osób uzyskała poniżej 22 pkt. (**Rycina 2**).



Rycina 2. Poziom zmęczenia (FACIT-F)

Badania własne wykazały istotną statystycznie korelację między poziomem zmęczenia a poziomem akceptacji choroby ($\rho = -0,329$; $p = 0,0045$). Stwierdzono, że im wyższy był poziom zmęczenia, tym niższy poziom akceptacji choroby przejawiali badani (**Rycina 3**).



Rycina 3. Poziom zmęczenia a poziom akceptacji choroby

Wykazano, że wyższy poziom zmęczenia odczuwały kobiety (24,75) niż mężczyźni (18,88). Poziom akceptacji choroby nie różnił się istotnie pod względem płci badanych (Tabela 1).

Tabela 1. Poziom zmęczenia i akceptacji choroby a płeć

Płeć		Podskala oceny zmęczenia FACIT-F	Poziom akceptacji choroby (AIS)
Kobieta	Średnia	24,75	28,00
	SD	8,29	6,90
Mężczyzna	Średnia	18,88	29,31
	SD	7,30	6,24
Ogółem	Średnia	20,81	28,88
	SD	8,08	6,44
p		0,0087	0,4005

Nie stwierdzono, by wiek badanych istotnie wpływał na poziom zmęczenia ($p = 0,3315$) i akceptacji choroby ($p = 0,7363$). Miejsce zamieszkania badanych nie wpływało istotnie na poziom zmęczenia ($p = 0,6356$) i akceptacji choroby ($p = 0,4172$). Poziom wykształcenia badanych nie różnicował istotnie poziomu zmęczenia ($p = 0,5180$) i akceptacji choroby ($p = 0,5069$).

Wykazano brak istotnych statystycznie różnic między stanem cywilnym, a poziomem akceptacji choroby ($p = 0,3965$) i poziomem zmęczenia ($p = 0,7894$).

Sytuacja zawodowa badanych nie wpływała istotnie na poziom zmęczenia ($p = 0,4403$) i akceptacji choroby ($p = 0,7987$).

Wykazano także brak istotnego statystycznie związku między sytuacją materialną, a zmęczeniem ($p = 0,3725$) i akceptacją choroby ($p = 0,9457$) wśród badanych. U większości osób (80,8%) występowały choroby współistniejące. Leki na stałe przyjmowało 78,1% badanych.

Średnia ilość leków przyjmowanych na stałe wyniosła $3,96 \pm 2,49$ sztuk i wahała się od 1 do 10 sztuk. Grupa 29,8% osób przyjmowała na stałe 1–2 leki. Większość badanych (70,2%) przyjmowała 3 i więcej leków na stałe.

Średni czas zdiagnozowania choroby nowotworowej wyniósł $21,34 \pm 16,41$ miesięcy. Okres ten wahał się od 1 miesiąca do 72 miesięcy. Do 1 roku chorobę nowotworową zdiagnozowano u 47,9% badanych, a od 13 do 72 miesięcy w grupie 52,1% osób. Przerzuty nowotworowe wystąpiły u 12,3% osób. Na uciążliwość powikłań leczenia przeciwnowotworowego wskazało 61,6% badanych. Respondenci wskazywali różne czynniki związane z chorobą, które miały wpływ na odczuwany przez nich poziom zmęczenia czy poziom akceptacji choroby. Badani deklaruwali, że posiadają duże wsparcie emocjonalne ze strony rodziny (3,53 pkt.). Najmniej istotne okazały się takie czynniki jak odczuwanie mdłości (0,85 pkt.) lub konieczność leżenia w łóżku (0,86 pkt.) (Tabela 2).

Tabela 2. Czynniki związane z chorobą nowotworową wpływające na odczuwany poziom zmęczenia

	wcale nie		bardzo mało		trochę		sporo		bardzo		Średnia 0–4	SD
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
brak energii	17	23,3%	16	21,9%	21	28,8%	12	16,4%	7	9,6%	1,67	1,27
mdłości	49	67,1%	3	4,1%	10	13,7%	5	6,8%	6	8,2%	0,85	1,35
ból	37	50,7%	5	6,8%	20	27,4%	7	9,6%	4	5,5%	1,12	1,29
konieczność leżenia w łóżku	42	57,5%	10	13,7%	11	15,1%	9	12,3%	1	1,4%	0,86	1,16
wsparcie emocjonalne ze strony rodziny	2	2,7%	1	1,4%	6	8,2%	11	15,1%	53	72,6%	3,53	0,91
wsparcie ze strony przyjaciół	7	9,6%	7	9,6%	6	8,2%	18	24,7%	35	47,9%	2,92	1,35
akceptacja choroby przez rodzinę	2	2,7%	6	8,2%	19	26,0%	14	19,2%	32	43,8%	2,93	1,13
efektywny sen	15	20,5%	12	16,4%	15	20,5%	11	15,1%	20	27,4%	2,12	1,50
zadowolenie z obecnej jakości życia	9	12,3%	18	24,7%	29	39,7%	12	16,4%	5	6,8%	1,81	1,08

Analiza statystyczna pozwoliła określić, że im wyższy był poziom odczuwanego przez badanych zmęczenia tym w większym stopniu brakowało im energii. Osoby odczuwające większe zmęczenie częściej odczuwały mdłości lub ból. Osoby, które odczuwały wyższy poziom zmęczenia, posiadały mniej efektywny sen oraz w mniejszym stopniu były zadowolone z obecnej jakości życia (Tabela 3).

Tabela 3. Poziom zmęczenia a czynniki związane z chorobą nowotworową

Podskala oceny zmęczenia FACIT-F	rho	p
brak energii	0,499	0,0000
mdłości	0,431	0,0001
ból	0,248	0,0343
konieczność leżenia w łóżku	0,218	0,0641
wsparcie emocjonalne ze strony rodziny	-0,121	0,3084
wsparcie ze strony przyjaciół	-0,084	0,4797
akceptacja choroby przez rodzinę	0,096	0,4178
efektywny sen	-0,317	0,0063
zadowolenie z obecnej jakości życia	-0,424	0,0002

Stwierdzono nieznacznie wyższy poziom zmęczenia wśród osób, u których występowały choroby współistniejące (21,56), niż a osób, które deklarowały brak chorób współistniejących (17,64). Poziom akceptacji choroby nie zależał od występowania chorób współistniejących (**Tabela 4**).

Tabela 4. Poziom zmęczenia i akceptacji choroby a występowanie chorób współistniejących

Choroby współistniejące		Podskala oceny zmęczenia FACIT-F	Poziom akceptacji choroby (AIS)
nie	Średnia	17,64	30,29
	SD	9,68	6,27
tak	Średnia	21,56	28,54
	SD	7,55	6,49
Ogółem	Średnia	20,81	28,88
	SD	8,08	6,44
p		0,0936	0,3508

Wykazano, że wyższy poziom zmęczenia odczuwały osoby, które przyjmowały leki na stałe (21,91) niż pozostałe (16,88). Poziom akceptacji choroby nie zależał od przyjmowania leków na stałe (**Tabela 5**).

Tabela 5. Poziom zmęczenia i akceptacji choroby a przyjmowanie leków na stałe

Przyjmowanie leków na stałe		Podskala oceny zmęczenia FACIT-F	Poziom akceptacji choroby (AIS)
nie	Średnia	16,88	29,69
	SD	9,29	6,81
tak	Średnia	21,91	28,65
	SD	7,42	6,38
Ogółem	Średnia	20,81	28,88
	SD	8,08	6,44
p		0,0240	0,4917

Ilość leków przyjmowanych na stałe nie wpływała na poziom zmęczenia ($p = 0,2865$) i akceptacji choroby ($p = 0,6372$).

Czas od zdiagnozowania choroby nowotworowej nie wpływał istotnie na poziom zmęczenia ($p = 0,1164$) i akceptacji choroby ($p = 0,4622$) badanych pacjentów. Występowanie przerzutów nowotworowych także nie wpływało istotnie na poziom zmęczenia ($p = 0,7881$) i akceptacji choroby ankietowanych osób ($p = 0,1987$).

Wykazano, że osoby, które odczuwały uciążliwość powikłań leczenia przeciwnowotworowego doświadczają istotnie wyższego ($p < 0,0001$) poziomu zmęczenia ($M = 24,02$, $SD = 7,0$) niż osoby nie odczuwające skutków powikłań leczenia przeciwnowotworowego ($M = 15,64$, $SD = 7,01$). Aspekt ten nie wpływał istotnie na poziom akceptacji choroby ($p = 0,2330$).

Stwierdzono ponadto, że wyższy poziom akceptacji choroby skutkował wyższym zadowoleniem z obecnej jakości życia ankietowanych pacjentów ($\rho = 0,391$) (**Tabela 6**).

Tabela 6. Poziom akceptacji choroby a czynniki związane z chorobą nowotworową

		Poziom akceptacji choroby (AIS)
brak energii	rho	-0,063
	p	0,5965
mdłości	rho	0,016
	p	0,8955
ból	rho	-0,161
	p	0,1728
konieczność leżenia w łóżku	rho	-0,208
	p	0,0772
wsparcie emocjonalne ze strony rodziny	rho	0,177
	p	0,1339
wsparcie ze strony przyjaciół	rho	0,127
	p	0,2856
akceptacja choroby przez rodzinę	rho	0,036
	p	0,7653
efektywny sen	rho	0,181
	p	0,1258
zadowolenie z obecnej jakości życia	rho	0,391
	p	0,0006

Dyskusja

Zmęczenie jest dolegliwością, która dotyczy wielu pacjentów onkologicznych. Zespół zmęczenia nowotworowego związany jest zarówno z samą jednostką chorobową jak i sposobem leczenia. Nadal zbyt często ten problem jest bagatelizowany zarówno przez samych pacjentów, jaki i personel medyczny. Istotne jest, aby przeciwdziałać zmę-

czeniu nowotworowemu, gdyż wpływa ono w znaczący sposób na akceptację choroby przez pacjentów, a także na jakość ich życia.

Zaakceptowanie siebie oraz własnej choroby jest bardzo przydatne w procesie leczenia oraz w codziennym życiu pacjenta. Na akceptację choroby wpływa wiele czynników, między innymi jest to wiek pacjenta. Badania, które zostały przeprowadzone przez Zielińską-Więczkowską i Żywchlińską wykazały, że u osób powyżej 75 roku życia istnieją większe trudności z akceptacją choroby nowotworowej niż u pacjentów z innych grup wiekowych. Natomiast badania własne nie wykazały istotnej statystycznie zależności pomiędzy wiekiem badanych, a poziomem akceptacji choroby nowotworowej. W obydwu badaniach najwyższą jakość życia wykazały osoby, u których poziom akceptacji choroby również był wysoki. Do czynników, które w znaczący sposób wpływają na akceptację choroby, autorki zaliczają występowanie chorób współistniejących. Przeprowadzone przez nie badania wykazały, że osoby, które miały inne schorzenia w większym stopniu akceptowały chorobę nowotworową. Badania własne nie ukazały takiej zależności. Wykazano jednak zależność pomiędzy przyjmowaniem leków na stałe w związku z chorobami współistniejącymi, a większym poziomem zmęczenia [23].

Przeprowadzona analiza nie wykazała zależności pomiędzy wykształceniem, a poziomem akceptacji choroby nowotworowej. Do podobnych wniosków doszły Pawlik oraz Karczmarek-Borowska, które badały grupę kobiet po zabiegu mastektomii. Aż połowa badanych przejawiała wysoki poziom akceptacji choroby. W badaniach tych oceniano także wpływ miejsca zamieszkania oraz wykształcenia na poziom akceptacji choroby. Nie stwierdzono statystycznie istotnej zależności. Podobne wyniki uzyskano w badaniach własnych. Analiza badań Pawlik oraz Karczmarek-Borowska wykazała, że wpływ na zaakceptowanie choroby ma czas, jaki upłynął od zabiegu mastektomii [20]. W badaniach Cipory i wsp. wykazano, że kobiety po mastektomii odczuwają wysoki poziom akceptacji choroby. Dodatkowo był on związany z wiekiem pacjentek oraz sytuacją zawodową [24].

Wyniki badań Brown, McMillan oraz Milroy przeprowadzone na grupie pacjentów z rozpoznaną chorobą nowotworową w obrębie płuc i badania przeprowadzone przez Engl i wsp. wśród pacjentów z rakiem prostaty wykazały wysoki poziom zmęczenia u pacjentów. Podobnie jak w badaniach własnych nie stwierdzono istotnej statystycznie zależności pomiędzy wiekiem chorych, a poziomem odczuwanego przez nich zmęczenia. Autorzy

nie stwierdzili również, aby płeć wpływała na odczuwanie zmęczenia. Natomiast analiza wyników badań własnych wykazała wyższy poziom zmęczenia wśród kobiet. Wspomniani autorzy analizowali również wpływ BMI, obwodu kończyn, grubości fałdu skórno, siły chwytu ręki, liczby krwinek białych, hemoglobiny oraz albuminy. Przeprowadzona analiza nie wykazała istotnego związku między powyższymi czynnikami, a poziomem odczuwanego zmęczenia. Ponadto autorzy zauważyli większy poziom zmęczenia wśród osób z niższym stopniem sprawności mierzoną skalą Karnofsky'ego oraz mierzoną testem „usiądź i wstań”, a także z wyższymi wynikami w Skali Depresji i Lęku (HADS) [25,26]. Z kolei badania Mao i wsp. [27] wykazały, iż zmęczenie osób z nowotworem piersi jest istotnie związane z młodszym wiekiem, wyższym poziomem wykształcenia, wyższym BMI, nasileniem bólu oraz bezsennością.

Badania własne wykazały wpływ występowania zmęczenia na poziom akceptacji choroby nowotworowej. Odmienne wyniki uzyskali w swoich badaniach Kapela i wsp., którzy swoimi badaniami objęli pacjentów w trakcie chemioterapii z rozpoznaniem raka jelita grubego. Średni wynik akceptacji mierzony za pomocą Skali AIS w tej grupie pacjentów był nieco wyższy od przeciętnych wartości, co świadczy o dość dobrym przystosowaniu do choroby nowotworowej. Dla porównania analiza badań własnych wykazała poziom akceptacji choroby przez pacjentów leczonych na oddziale radioterapii na pograniczu wartości niskich i przeciętnych. Badania Kapeli i wsp., nie wykazały związku poziomu akceptacji choroby z poziomem odczuwanego zmęczenia, jak również z występowaniem nudności, czasem trwania choroby, płcią, stanem cywilnym oraz aktywnością zawodową [28]. Natomiast Kołpa i wsp. wykazały, że religijność pacjentów determinowała wyższy poziom akceptacji choroby nowotworowej. Nie ujawniono natomiast związku akceptacji choroby z czasem jej trwania czy też wykształceniem badanych lub stosowanym leczeniem [29].

W badaniach własnych wykazano również, że osoby, które odczuwały wyższy poziom zmęczenia w mniejszym stopniu były zadowolone z obecnej jakości życia. Do podobnych wyników doszli Yoo i wsp. którzy oceniali jakość życia osób odczuwających przewlekłe zmęczenie o wyjaśnionej i niewyjaśnionej etiologii [30].

Ponadto badania własne wskazały, iż osoby, które odczuwały wyższy poziom zmęczenia posiadały mniej efektywny sen, co przekładało się również na jakość ich życia. Zbieżne wyniki uzyskali Castro-Marrero i wsp., którzy oceniali jakość snu u osób z przewlekłym zmęčeniem [31].

Wnioski

Po analizie przeprowadzonych badań wysunięto następujące wnioski:

1. Ponad połowa badanych (55%) wykazała niski i przeciętny poziom akceptacji choroby i odczuwała zmęczenie o dużym nasileniu.
2. Badania wykazały statystycznie istotną korelację pomiędzy poziomem akceptacji choroby nowotworowej, a poziomem odczuwanego zmęczenia. Im wyższy był poziom odczuwanego przez pacjentów zmęczenia, tym niższy był poziom akceptacji choroby.
3. Spośród badanych czynników związanych z chorobą nowotworową istotny wpływ na zmęczenie pacjentów miały: ból, występowanie mdłości, mało efektywny sen, uczucie braku energii. Pacjenci, którzy odczuwali w dużym stopniu zmęczenie niżej oceniali jakość swojego życia. U kobiet występował większy poziom zmęczenia niż u mężczyzn.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Gilińska J, Adamska E, Brosowska B, Lewandowska M. Problemy fizyczne chorych w terminalnej fazie choroby nowotworowej a wsparcie społeczne ze strony personelu pielęgniarskiego, *Problemy Pielęgniarstwa* 2009, 17 (3): 190–198.
2. Krawczyk A. Zmęczenie i strategie zmagania się z chorobą nowotworową na różnych etapach leczenia, *Sztuka Leczenia* 2013, 1-2: 21–30.
3. Rzepka K, Nowicki A. Rola pielęgniarki w postępowaniu z zespołem zmęczenia u chorych na raka piersi. *Problemy Pielęgniarstwa* 2012, 20 (1): 133–136.
4. Pyszora A. Efektywność fizjoterapii stosowanej u pacjentów cierpiących z powodu zmęczenia związanego z chorobą nowotworową. *Medycyna paliatywna w praktyce* 2008, tom 2, 4: 164–168.
5. Buss T, Kruk A, Wiśniewski P, Lichodziejewska-Niemierko M. Cancer related fatigue – zmęczenie czy osłabienie? Opinie polskich pacjentów z chorobą nowotworową – badanie wstępne. *Medycyna paliatywna* 2012, 3: 175–180.
6. En-Tien Y, Shu-Chuen L, Wei-Ju S, Duu-Jian T, Ying-Yueh T, Yuen-Liang L. An examination of cancer-related fatigue through proposed diagnostic criteria in a sample of cancer patients in Taiwan. *BMC Cancer* 2011, 11: 387–395.
7. Shelley Wang X. Pathophysiology of Cancer-Related Fatigue. *Clinical Journal of Oncology Nursing* 2008, 12 (5): 11–20.
8. Nowicki A, Piekarska J, Farbicka P. Ocena zespołu zmęczenia u chorych na raka płuca w trakcie chemioterapii paliatywnej. *Advances in Respiratory Medicine* 2017, tom 85, 2: 69.

9. Rzepka K, Kowicki A. Zespół zmęczenia u chorych na raka piersi. *Współczesna Onkologia* 2010, tom 14, 5: 321–325.
10. Berger AM, Gerber LH, Mayer DK. Cancer-Related Fatigue, *Cancer* 2012, 118 (8): 2261–2269.
11. Golon K, Kaczmarek-Borowska B. Zespół przewlekłego zmęczenia u chorych z rozpoznaniem nowotworu złośliwego. *Problemy nauk stosowanych* 2017, tom 6: 127–134.
12. Buss T. Wybrane metody zwalczania zmęczenia w przebiegu choroby nowotworowej. *Medycyna Paliatywna w Praktyce* 2008, tom 2, 4: 148–154.
13. Kübler-Ross E. Rozmowy o śmierci i umieraniu, przeł. Doleżal-Nowicka I, Poznań, Wydawnictwo Media Rodzina, 2010.
14. Jabłoński M, Furgal M, Dudek D, Zięba A. Miejsce psychoonkologii we współczesnej psychiatrii. *Psychiatria Polska* 2008, tom 42, 5: 749–765.
15. Lelonek B, Cieślak A, Kamusińska E. Problematyka stresu w chorobie nowotworowej. *Problemy Pielęgniarstwa* 2013, 21(1): 128–136.
16. Mniszewska J, Chodkiewicz J. Zmaganie się z przewlekłą chorobą somatyczną w świetle psychologicznej koncepcji stresu. *Przegląd Lekarski* 2013, tom 70, 7: 448–453.
17. Terelak J, Krzesicka E, Małkiewicz M. Poczucie umiejscowienia kontroli i poczucie koherencji a strategie radzenia sobie ze stresem u kobiet chorych na raka piersi. *Studia Psychologica* 2009, 9: 21–44.
18. Kurowska K, Jaworska M. Poczucie koherencji (SOC) a style radzenia sobie z chorobą u osób z rozpoznaniem raka jajnika i jądra. *Problemy Pielęgniarstwa* 2010, 18 (4): 429–434.
19. Kurpas D, Kusz J, Jedynak T, Mroczek B. Stopień akceptacji choroby przewlekłej wśród pacjentów. *Family Medicine and Primary Care Review* 2012, tom 14, 3: 396–398.
20. Pawlik M, Kaczmarek-Borowska B. Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego i Narodowego Instytutu Leków w Warszawie* 2013, 2: 2013–211.
21. Lewandowska-Abucewicz T, Kęcka K, Brodowski J. Akceptacja choroby nowotworowej u kobiet po mastektomii w województwie zachodniopomorskim – badania wstępne. *Family Medicine and Primary Care Review* 2016, 18 (2): 143–148.
22. Ruszkiewicz M, Kreft K. Korelaty akceptacji choroby w grupie pacjentów onkologicznych. *Psychoonkologia* 2017, 21(2): 37–44.
23. Zielińska-Więczkowska H, Żychlińska E. Akceptacja choroby nowotworowej i jej związek z jakością życia osób starszych objętych opieką paliatywną stacjonarną i domową. *Medycyna Rodzinna* 2015, 4: 151–156.
24. Cipora E, Konieczny M, Sobieszczański J. Acceptance of illness by women with breast cancer. *Ann Agric Environ Med*. 2018, 14; 25 (1): 167–171. DOI: 10.26444/aaem/75876.
25. Brown DJF, McMillan DC, Milroy R. The Correlation between fatigue, physical function, the systemic inflammatory response, and psychological distress in patients with advanced lung cancer, *Cancer* 2005, tom 103, 3: 77–82.
26. Engl T, Drescher D, Bickeboller R, Grabhorn R. Fatigue, depression, and quality of life in patients with prostatic diseases. *Cent European J Urol* 2017; 70 (1): 44–47.
27. Mao H, Bao T, Shen X, Li Q, Seluzicki C, Im EO, Mao JJ. Prevalence and risk factors for fatigue among breast cancer survivors on aromatase inhibitors. *Eur J Cancer*. 2018. 12; 101: 47–54. DOI: 10.1016/j.ejca.2018.06.009.
28. Kapela I, Bąk E, Krzemińska SA, Foltyn A. Ocena poziomu akceptacji choroby i satysfakcji życia u chorych na raka jelita grubego leczonych chemioterapią, *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne* 2017, 26(1): 53–61.

29. Kołpa M, Wywrot-Kozłowska B, Jurkiewicz B, Grochowska A. Czynniki determinujące akceptację i przystosowanie do choroby nowotworowej, Pielęgniarstwo chirurgiczne i angiologiczne 2015, 3: 165–169.
30. Yoo EH, Choi ES, Cho SH, Do JH, Lee SJ, Kim JH. Comparison of Fatigue severity and Quality of life between Unexplained Fatigue Patients and Explained Fatigue Patients. Korean J Fam Med., 2018; 39: 180–184.
31. Castro-Marrero J, Zagaroza MC, Gonzalez-Garcia S, Aliste L, Saez-Francas N, Romero O, Ferre A, Fernandez de Sevilla T, Alegre J. Poor self-reported sleep quality and health related quality of life in patients with chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis. J Sleep Res. 2018; 16 16:e12703. DOI: 10.1111/jsr.12703.

Zaakceptowano do edycji: 20.02.19
Zaakceptowano do publikacji: 27.03.19

Adres do korespondencji:

Iwona Bodys-Cupak
Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie
e-mail: iwbod@poczta.onet.pl



ZACHOWANIA ZDROWOTNE PACJENTÓW Z POChP

HEALTH BEHAVIORS OF PATIENTS WITH COPD

Aneta Grochowska¹, Przemysław Zajac^{1,2}, Iwona Bodys-Cupak³, Monika Łabuzek¹, Joanna Maciejowska⁴

¹Zakład Pielęgniarstwa, Instytut Ochrony Zdrowia, Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie

²Doktorant Wydziału Lekarskiego i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach

³Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

⁴Szpital Powiatowy w Mielcu, Oddział Gruzlicy i Chorób Płuc

Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa w Tarnowie, Zakład Pielęgniarstwa

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.7>

STRESZCZENIE

Wstęp. Przewlekła obturacyjna choroba płuc jest niestety nieuleczalna i dość szybko postępuje. Zdecydowanie obniża jakość życia pacjentów. Pierwszą podstawową przyczyną choroby jest palenie tytoniu. Zachowania zdrowotne poprawiają jakość życia pacjentów.

Cel. Ocena zachowań zdrowotnych pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc.

Materiał i metody. 98 osób cierpiących na POChP zapytano o ich chorobę. Wykorzystano kwestionariusze: IZZ, Mini-COPE oraz ankietę własnego autorstwa.

Wyniki. Trzy czwarte tj. 77,6% ankietowanych to mężczyźni, wszyscy badani mieli ponad 50 lat. Prawie 90% nie pracowało zawodowo, a pozostali w większości pracowali fizycznie. Ponad 90% paliło w przeszłości, a 44,9% pali nadal. Ponad dwie trzecie badanych było narażonych na pyły i azbest. Duszności były częstym objawem choroby przeszkadzającym w codziennym życiu. Badani deklarowali dbałość o zdrowie, ale ich zachowania zdrowotne na skali IZZ były przeciętne.

Wnioski. Występuje silna zależność pomiędzy paleniem tytoniu a występowaniem POChP. Płeć i wiek badanych wpływają na występowanie POChP. Wykonywanie czynności dnia codziennego nasila występowanie duszności u badanych. Zachowania prozdrowotne badanych wpływają na rzadsze nasilenie objawów POChP. Istnieje zależność pomiędzy ekspozycją na pyły, azbest i związki chemiczne a występowaniem POChP.

Słowa kluczowe: zachowania zdrowotne, przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP), palenie tytoniu.

ABSTRACT

Introduction. Chronic obstructive pulmonary disease is unfortunately incurable and quite quickly progressing. It definitely decreases somehow the lives of patients. The primary cause of the disease is smoking. Healthy behavior improves the quality of life of patients.

Aim. Evaluation of the health behaviour of COPD patients.

Material and methods. 98 COPD patients were asked about their disease. IZZ, Mini-COPE and self-made questionnaires were used.

Results. Three quarters of the subjects were men, all the subjects were over 50 years old. Over 90% were not professionally active, and the others were mostly blue-collar workers. In the past over 90% of the subjects smoke cigarettes, now 44,9% smoke. Over two thirds of the subjects were exposed to dust and asbestos. Dyspnoea was a frequent symptom disturbing everyday life. The subjects declared healthcare but their health behaviour on IZZ scale was average.

Conclusion. There is a strong relation between smoking and the occurrence of COPD. Sex and age of the subjects have an impact on the occurrence of COPD. Doing everyday activities increases the occurrence of dyspnoea. Health behaviour presented by the subjects are related to rarely occurring symptoms of COPD. There is a relation between exposure to dust, asbestos or chemical compounds and the occurrence of COPD.

Keywords: health behaviour, chronic obstructive pulmonary disease (COPD), smoking.

Wstęp

Przewlekła obturacyjna choroba płuc (POChP) jest to schorzenie charakteryzujące się trwałym zmniejszeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe. Choroba zazwyczaj postępuje, a związana jest z przewlekłą i nasiloną odpowiedzią dróg oddechowych i płuc na występujące we wdychanym powietrzu cząsteczki smogu, dymu tytoniowego lub innych substancji związanych z narażeniem zawodowym [1].

POChP od dawna stanowi wielki problem zdrowotny. Schorzenie to króluje na całym świecie, choć są wi-

doczne zróżnicowania geograficzne w występowaniu. W krajach wysoko rozwiniętych trendy są wyraźnie i dynamicznie wzrostowe. Dane epidemiologiczne z krajów, w których zmniejszono rozpowszechnianie palenia papierosów wykazują, iż zmniejsza się zapadalność na raka płuc, a wzrasta występowanie POChP. Szacuje się, że w 2030 roku schorzenie to będzie czwartą przyczyną zgonów na świecie. Obecnie na świecie zdiagnozowano około 44 mln osób, w Polsce jest to około 2 mln, co stanowi około 10% społeczeństwa – głównie mężczyzn. Sytuuje to POChP na

drugim miejscu wśród chorób przewlekłych w naszym kraju [1, 2, 3].

Leczenie POChP oprócz stosowania środków farmakologicznych wymaga też zmiany stylu życia. Zaleca się zwiększenie aktywności fizycznej, zaprzestanie palenia tytoniu oraz zmniejszenie narażenia na zanieczyszczenia znajdujące się w powietrzu. Wskazane jest stosowanie rehabilitacji zarówno układu oddechowego jak i ogólnoustrojowej. Niezbędna jest szeroka edukacja dotycząca choroby i radzenia sobie z nasilonymi objawami oraz wdrożenie odpowiedniej diety. W miarę postępu choroby obniża się znacznie jakość życia pacjentów. Przebieg często zmusza do rezygnacji z pracy zawodowej, a z czasem utrudnia wykonywanie najprostszych czynności życia codziennego bez pomocy osób trzecich. Chorzy zaprzestają kontaktów towarzyskich obawiając się wystąpienia nagłych napadów duszności. Wszystko to powoduje, że często też leczą się na schorzenia depresyjne [4].

Cel badań

Celem badań była ocena zachowań zdrowotnych pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono metodą sondażu diagnostycznego. Użyto techniki ankiety wykorzystując kwestionariusz autorski oceniający stan zdrowia, styl życia, a także sytuację społeczno-ekonomiczną badanych, standaryzowany kwestionariusz – Inwentarz Zachowań Zdrowotnych oraz kwestionariusz Mini-COPE. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych przeznaczony jest do badania zarówno zdrowych, jak i chorych dorosłych. Wyniki pozwalają planować działania profilaktyczne mające na celu modyfikację zachowań oraz monitorowanie wprowadzanych zmian. Składa się z 24 stwierdzeń opisujących zachowania zdrowotne. Umożliwia uzyskanie wskaźnika częstotliwości występowania poszczególnych zachowań, a także zróżnicowanie tych zachowań w kategoriach opisujących nawyki żywieniowe, podejmowanie zachowań profilaktycznych, nastawienie psychiczne oraz działania na rzecz własnego zdrowia [5]. Kwestionariusz Mini COPE pozwala ocenić sposoby radzenia sobie ze stresem. Wykorzystywany do celów przesiewowych, profilaktycznych, kontroli działań terapeutycznych oraz badawczych. Składa się z 28 stwierdzeń pozwalających ocenić strategię radzenia sobie ze stresem oraz sposób odczuwania w sytuacjach silnego stresu osób poddanych badaniu [5].

Badania przeprowadzono w okresie od lutego do kwietnia 2017 r. wśród pacjentów Szpitala Powiatowego

w Mielcu na Oddziale Gruźlicy i Chorób Płuc po uzyskaniu zgody dyrekcji szpitala. W badaniach wzięło udział 98 osób chorujących na POChP. Kwestionariusze wypełniane były samodzielnie. Badani zostali poinformowani o celowości i anonimowości badań oraz o możliwości wycofania się z badania na każdym jego etapie.

Na potrzeby niniejszej pracy dla weryfikacji hipotez zostały wykorzystane testy: V-Cramera, Phi., τ b-Kendalla, τ c-Kendalla, U Manna-Whitneya oraz Kruskala-Wallisa. Analiza statystyczna została przeprowadzona za pomocą programu SPSS, a wszelkie związki są istotne z punktu widzenia statystycznego, gdy $p < 0,05$ [6].

Wyniki

Grupę badaną stanowiło 77,6% mężczyzn i 22,4% kobiet. 61,2% stanowili pacjenci powyżej 65 lat, natomiast 38,8% w wieku między 50-65 lat. Mieszkańcy wsi stanowili 53,1%, natomiast 46,9% mieszkańcy miast. Wykształcenie podstawowe posiadało 49% badanych, 44,9% zawodowe, a 6,1% średnie. Ponad połowa respondentów (57,1%) ocenia swoje warunki ekonomiczne jako dobre, 28,6% jako przeciętne, 10,2% jako bardzo dobre, a 4,1% jako złe.

Narażenie zawodowe na czynniki ryzyka POChP wśród badanych kształtowało się następująco: 77,3% osób miało kontakt z pyłami, 63,6% z azbestem, a 11,4% z drażniącymi związkami chemicznymi. Wśród badanych 45,8% stanowili byli palacze, a 44,9% osoby nadal palące papierosy. Jedynie 9,3% nigdy nie paliło papierosów. 36,5% respondentów deklaruje wypalanie 10 i mniej papierosów dziennie, 49,8% wypala między 11 a 20 papierosów dziennie, a powyżej 20 papierosów dziennie wypala 13,7% uczestników. Czas trwania uzależnienia od nikotyny kształtował się następująco: 20,5% paliło papierosy 30-39 lat, 17,9% paliło 40 lat i dłużej, 15,4% paliło 20-29 lat.

Pacjenci chorujący na POChP do 5 lat stanowili 18,4% badanych, 6-10 lat chorowało 65,3% osób, a powyżej 10 lat – 16,3% pacjentów. Najczęściej zgłaszanymi objawami były: odkrztuszanie wydzieliny (95,9%), kaszel (83,7%), zadyszka (77,6%), zmęczenie (61,2%) oraz obrzęki wokół kostek (20,4%). Prawie połowa badanych (49%) była hospitalizowana raz w miesiącu z powodu zaostrzenia objawów choroby. Częstsze hospitalizacje zgłosiło 10,2% osób, a rzadsze 40,8% (**Tabela 1**).

Analiza kwestionariusza Mini COPE wykazała, że w sytuacjach stresowych badani najczęściej poszukiwali wsparcia wśród osób bliskich, a także wybierali aktywne sposoby radzenia sobie ze stresem. Najrzadziej odczuwali bezradność i reagowali na problemy, żartując (**Tabela 2**).

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy

Wskaźnik		% badanych
płeć	kobieta	22,4
	męczyzna	77,6
wiek	50–65	38,8
	powyżej 65	61,2
miejsce zamieszkania	miasto	46,9
	wieś	53,1
wykształcenie	podstawowe	49
	zawodowe	44,9
	średnie	6,1
narażenie zawodowe	pyły	77,3
	azbest (eternit)	63,6
	związki chemiczne	11,4
Palenie papierosów	Byli palacze	45,8
	obecni palacze	44,9
	niepalący	9,3
czas trwania POChP	0–5 lat	18,4
	6–10 lat	65,3
	ponad 10 lat	16,3
czynności nasilające duszność	wchodzenie po schodach	95,9
	toaleta ciała	79,6
	czynności domowe (gotowanie, sprzątanie)	65,3
	robienie zakupów	61,2
	spacer	42,9
częstotliwość hospitalizacji związana z POChP	kilka razy w miesiącu	10,2
	raz w miesiącu	49
	rzadziej niż raz w miesiącu	40,8

Tabela 2. Strategie radzenia sobie ze stresem badanych (analiza statystyczna Mini-COPE)

	M	Me	SD	Min.	Max.
Aktywne radzenie sobie	2,0510	2,0000	,46796	1,00	3,00
Bezradność	,9898	1,0000	,57172	,00	2,50
Poszukiwanie wsparcia	2,1020	2,0000	,50754	,25	3,00
Zachowania unikowe	1,8776	2,0000	,41913	,67	3,00
Zwrot ku religii	1,9184	2,0000	,78626	,00	3,00
Akceptacja	1,9388	2,0000	,52671	,50	3,00
Poczucie humoru	,5102	,5000	,51529	,00	2,00

Analizując zachowania zdrowotne (IZZ) zaobserwowano, że badani przejawiali podejmowanie zachowań zdrowotnych na umiarkowanym poziomie. Najbardziej, zdaniem badanych, dbali oni o prawidłowe nawyki żywieniowe oraz profilaktykę chorób. Nieco mniejszą uwagę przywiązywali do kwestii zdrowia psychicznego. Najmniejszą uwagę przywiązywali do własnego stylu życia (Tabela 3).

Analiza statystyczna wyników kwestionariusza Mini COPE wykazała istotne statystycznie różnice w sposobie radzenia sobie ze stresem ze względu na płeć. Kobiety częściej radziły sobie ze stresem aktywnie, poszukiwały wsparcia oraz zwracały się ku religii (Tabela 4).

Tabela 3. Zachowania zdrowotne podejmowane przez respondentów (analiza statystyczna IZZ)

	M	Me	SD	Min.	Max.
Suma IZZ (max. 120 pkt)	84,5714	89,0000	19,57890	23,00	115,00
Prawidłowe nawyki żywieniowe	22,4490	24,0000	5,19239	6,00	30,00
Zachowanie profilaktyczne	22,7143	24,0000	5,31899	6,00	30,00
Pozytywne nastawienia psychiczne	21,5510	22,0000	5,13185	6,00	30,00
Praktyki zdrowotne	17,8571	19,0000	4,47679	5,00	25,00

Tabela 4. Strategie radzenia sobie ze stresem a płeć badanych

	Płeć						test U M-W	p
	kobieta			mężczyzna				
	M	Me	SD	M	Me	SD		
Aktywne radzenie sobie	2,38	2,33	0,42	1,95	2,00	0,45	103,00	0,01
Bezradność	0,80	0,83	0,62	1,09	1,17	0,53	148,50	0,21
Poszukiwanie wsparcia	2,32	2,50	0,77	2,03	2,00	0,41	102,50	0,01
Zachowania unikowe	2,06	2,00	0,40	1,83	2,00	0,43	146,50	0,19
Zwrot ku religii	2,45	2,50	0,65	1,78	2,00	0,77	94,50	0,01
Akceptacja	2,05	2,00	0,57	1,89	2,00	0,52	168,50	0,43
Poczucie humoru	0,55	0,50	0,47	0,53	0,50	0,53	186,00	0,75

Analiza statystyczna kwestionariusza IZZ wykazała, iż kobiety przejawiają bardziej prozdrowotne zachowania w porównaniu do mężczyzn w każdym obszarze (Tabela 5).

Tabela 5. Podejmowanie zachowań zdrowotnych a płeć respondentów

	Płeć						test U-MW	p
	kobieta			mężczyzna				
	M	Me	SD	M	Me	SD		
Suma IZZ	103,09	103,00	10,60	78,28	80,00	18,28	36,50	0,00
Prawidłowe nawyki żywieniowe	27,45	28,00	2,73	20,81	22,00	4,88	38,00	0,00
Zachowanie profilaktyczne	27,64	29,00	2,69	21,00	21,50	4,99	41,00	0,00
Pozytywne nastawienia psychiczne	25,55	25,00	3,30	20,14	21,00	5,03	72,50	0,00
Praktyki zdrowotne	22,45	22,00	2,54	16,33	15,50	3,93	36,50	0,00

Analiza danych wykazała również, że osoby palące papierosy częściej odczuwały bezradność i rzadziej akceptowały swoją sytuację życiową (Tabela 6).

Tabela 6. Strategie radzenia sobie ze stresem a palenie tytoniu przez respondentów

	Palenie tytoniu						test U MW	p
	tak			nie				
	M	Me	SD	M	Me	SD		
Aktywne radzenie sobie	1,97	2,00	0,47	2,12	2,00	0,46	251,00	0,33
Bezradność	1,26	1,25	0,53	0,77	0,67	0,52	154,00	0,00
Poszukiwanie wsparcia	2,13	2,00	0,45	2,08	2,00	0,55	290,50	0,89
Zachowania unikowe	1,98	2,00	0,29	1,80	1,83	0,49	210,50	0,08
Zwrot ku religii	1,93	2,00	0,82	1,91	2,00	0,77	287,50	0,84
Akceptacja	1,73	2,00	0,55	2,11	2,00	0,45	186,50	0,02
Poczucie humoru	0,55	0,50	0,53	0,48	0,50	0,51	275,00	0,64

Osoby palące papierosy odznaczały się ogólnie gorszymi zachowaniami zdrowotnymi oraz gorszym nastawieniem psychicznym (Tabela 7).

Tabela 7. Podejmowanie zachowań zdrowotnych a palenie tytoniu przez respondentów

	Palenie tytoniu						test U MW	p
	tak			nie				
	M	Me	SD	M	Me	SD		
Suma IZZ	80,05	86,50	20,65	88,26	92,00	18,21	196,50	0,04
Prawidłowe nawyki żywieniowe	21,55	23,50	5,60	23,19	24,00	4,82	239,00	0,24
Zachowanie profilaktyczne	21,73	23,50	5,73	23,52	24,00	4,93	233,00	0,19
Pozytywne nastawienia psychiczne	19,32	21,00	4,80	23,37	24,00	4,72	131,00	0,00
Praktyki zdrowotne	17,45	18,50	4,70	18,19	20,00	4,35	257,00	0,41

W badanej grupie osób najwięcej respondentów po 65 roku życia chorowało od 6 do 10 lat.

Tabela 8. Czas trwania choroby a wiek badanych osób

			Wiek		Ogółem
			od 50–65 lat	powyżej 65 lat	
Od ilu lat choruje Pan/Pani na POCHP?	do 5 lat	N	16	2	18
		%	42,1%	3,3%	18,4%
	od 6–10 lat	N	20	44	64
		%	52,6%	73,3%	65,3%
	powyżej 10 lat	N	2	14	16
		%	5,3%	23,3%	16,3%
Ogółem	N	38	60	98	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	
p<0,001, Tau-c Kendalla=0,45					

Występuje zależność istotna statystycznie, która informuje, że im częściej badani odczuwają duszność, tym

częściej trafiają do szpitala z powodu zaostrzenia choroby (p < 0,001). Wraz ze wzrostem duszności czynności dnia codziennego nasilają je. Im dłużej badani chorują na POCHP, tym częściej czują zmęczenie (p = 0,04). W przypadku pozostałych objawów nie zaobserwowano zróżnicowania. Zaobserwowano zależność, która informuje, że im starsi są badani tym dłużej chorują na POCHP (p < 0,001).

Analiza statystyczna nie wykazała istotnych różnic statystycznych wykorzystanych testów ze względu na wiek i czas trwania choroby. Nie stwierdzono również, aby czas chorowania na POCHP wiązał się z paleniem tytoniu. Nie stwierdzono, aby duszność wiązała się z paleniem tytoniu, a także, by czas chorowania na POCHP wiązał się z płcią, wykształceniem oraz miejscem zamieszkania (p > 0,05). Dłużej na POCHP chorują wdowcy oraz osoby wolne. Nie stwierdzono, aby ocena dbania o swój stan zdrowia wiązała się z trudnościami w czynnościach dnia codziennego przez duszność. Wpływ narażenia na azbest nie wiązał się z czasem trwania choroby (p > 0,05).

Dyskusja

Przewlekła obturacyjna choroba płuc jest przewlekłym schorzeniem, które charakteryzuje się niecałkowicie odwracalnym ograniczeniem przepływu powietrza przez drogi oddechowe [7]. Stanowi ważny problem zdrowotny we współczesnym świecie, gdyż jest jedną z najczęściej występujących chorób przewlekłych i jedną z głównych przyczyn umieralności, zwłaszcza w populacji osób po 40 roku życia [8].

POChP jest obecnie na czwartym miejscu wśród przyczyn zgonów na świecie, a w kolejnych latach jest spodziewany dalszy wzrost liczby zachorowań [9]. Rocznie na świecie notuje się około 2 miliony zgonów spowodowanych przewlekłą obturacyjną chorobą płuc [10]. Olbrzymie są również koszty społeczne i materialne związane z wizytami ambulatoryjnymi, hospitalizacją, zwolnieniami z pracy i przechodzeniem na rentę [11]. Wytyczne Światowej Inicjatywy Zwalczenia Przewlekłej Obturacyjnej Choroby Płuc (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease – GOLD) z 2015 r. wskazują jednak na fakt, że POChP można zarówno zapobiegać, jak i skutecznie leczyć [12].

Podstawową przyczyną rozwoju choroby jest palenie tytoniu, które odpowiada za ponad 80% zachorowań [13]. Według Bąk-Drabik i Ziory [8] większy wpływ na rozwój choroby i obniżenie jakości życia pacjentów z POChP ma okres palenia papierosów (wyrażony w paczko-latach) niż kontynuowanie palenia pomimo zdiagnozowanej choroby. Odmiennego zdania są jednak Prigatano i wsp. [14], według których pacjenci, którzy przestali palić mają wyższą jakość

życia od tych, którzy nie zerwali z nałogiem niezależnie od wieku i wartości spirometrycznych. Podobnego zdania są również Górecka i wsp. [10], którzy stwierdzili, że zaprzestanie palenia spowalnia rozwój choroby. W badaniach własnych odnotowano, że ponad 90% ankietowanych paliło przed zdiagnozowaniem przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, a w chwili obecnej nadal paliła prawie połowa badanych (44,9%). Długość okresu trwania choroby nie wiązała się jednak ani z paleniem obecnie, ani w przeszłości.

Mejza i wsp. [15] zaobserwowali, podobnie jak w badaniach własnych, że w momencie włączania pacjentów do programu KOMPAS („Kompleksowe badanie obserwacyjne chorych na POChP i astmę”) tytoń paliło 32% z nich, a kolejne 51% było byłymi palaczami. Autorzy odnotowali również, że u pacjentów, którzy nie zrezygnowali z palenia częściej występowały duszność i kaszel. Oceniali oni swą chorobę jako bardziej uciążliwą niż w przypadku pacjentów niepalących. Warty odnotowania jest również fakt, że w czasie pierwszego badania odsetek chorych palących tytoń był zbliżony do odsetka palaczy w polskiej populacji, natomiast w czasie kolejnych badań zmniejszał się systematycznie. Według autorów niepokojąco znaczny odsetek pacjentów ze zdiagnozowaną POChP nigdy nie palił tytoniu. Na ten fakt wskazują również badania Niżankowskiej-Mogilnickiej i wsp. [16] oraz Buist i wsp. [17].

W badaniach własnych 40% pacjentów przestało palić po zdiagnozowaniu schorzenia, zaś w badaniach Mejzy i wsp. [15] odsetek ten sięgnął 50%. Wyniki innych badań wskazują jednak, że leczenie uzależnienia od nikotyny u chorych na POChP nie jest rzeczą łatwą. W badaniach Tashkina i wsp. [18] wykazano, że zaledwie 16% pacjentów zaprzestało palić papierosy po pół roku od rozpoczęcia leczenia bupropionem. Wynik ten jest gorszy od 30% osób bez POChP, którzy w ciągu roku zrezygnowali z palenia. Potwierdzono to również w badaniach Góreckiej i wsp. [10]. Zaledwie 18% pacjentów badanych przez autorów zaprzestało palenia.

Ważne jest wczesne zdiagnozowanie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, tymczasem duża grupa pacjentów lekceważy początkowe objawy, traktując je jako „kaszel palacza”. Siatkowska i wsp. [19] stwierdzili, że być może nawet 80% chorych na POChP w Polsce nie zdaje sobie sprawy z istnienia choroby. Równie niepokojące dane przedstawili Halbert i wsp. [20], którzy stwierdzili, że w ogólnościowej populacji zaledwie 6% pacjentów ma postawioną diagnozę.

Stelmach i wsp. [21] stwierdzili, że nawet, gdy przyczyna zachorowania na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc jest inna niż palenie tytoniu, to palenie znacząco przyspiesza rozwój choroby. Ponadto nawet bierne palenie może

być powodem problemów oddechowych oraz rozwoju schorzenia, gdyż samo wdychanie dymu tytoniowego naraża płuca na gazy i cząstki wziewne. Również palenie w czasie ciąży może być przyczyną nieprawidłowego rozwoju płuc dziecka [9]. Wstrzymanie się od nałogu jest zalecane na każdym etapie POChP i zawsze przynosi korzyści pacjentowi [21].

W badaniach własnych 77,6% ankietowanych stanowili mężczyźni. Może to świadczyć o tym, że płeć męska stanowi czynnik ryzyka POChP. Istnieje wiele doniesień z literatury potwierdzających ten fakt. Badaniami Mejzy i wsp. [15] objęto dane prawie 3000 chorych na POChP, ponad dwie trzecie pacjentów stanowili mężczyźni. Jednym z powodów niższej częstości występowania zachorowań wśród kobiet może być fakt, że kobiety w Polsce palą tytoń rzadziej niż mężczyźni (25% kobiet i 42% mężczyzn pali tytoń) [22]. Badania Landis i wsp. [23] objęły 12 państw Europy, Ameryki i Azji. Wykazano w nich, że częstość występowania choroby we wszystkich krajach z wyjątkiem Stanów Zjednoczonych była wyższa wśród mężczyzn niż kobiet. Najnowsze badania wskazują jednak na nieco odmienne trendy występowania POChP. Wpływ płci na rozwój choroby jest w dzisiejszych czasach mniejszy. Przedstawione wyżej wyniki badań dowodzą, iż jeszcze kilkadziesiąt lat temu to mężczyźni częściej umierali na omawiane schorzenie niż kobiety. Obecnie udowodniono, że w niektórych państwach schorzenie występuje w podobnym stopniu u mężczyzn i u kobiet, na co ma wpływ porównywalny odsetek palących tytoń wśród obu płci [9]. Coraz częstsze palenie papierosów wśród kobiet nasiliło się po II wojnie światowej i ciągle postępuje. Wnioskuje się, że być może kobiece płuca są mniej odporne na dym tytoniowy aniżeli płuca mężczyzny [21].

Metaanaliza obejmująca 62 populacyjne badania opublikowane w latach 1990–2004 wykazała, że wśród mężczyzn na POChP choruje około 9,8%, podczas gdy w grupie kobiet – 5,6% [20]. W późniejszym badaniu Burden of Obstructive Lung Disease (BOLD) przeprowadzonym w Salzburgu w Austrii potwierdzono wzrastającą liczbę zachorowań wśród kobiet – POChP stwierdzono aż u 26,1% mężczyzn i 25,7% kobiet, przy czym w najmłodszej grupie wiekowej (40–49 lat) odsetek chorych kobiet był większy niż mężczyzn [24]. W tym samym badaniu wykonanym na terenie Polski schorzenie stwierdzono u 27,7% mężczyzn i 16,6% kobiet [16], zaś ostatnio opublikowana w ramach badania BOLD analiza dotycząca osób niepalących wskazała, że kobiety stanowiły ponad dwie trzecie chorych niepalących [11].

Jak wspomniano wcześniej występowanie przewlekłej obturacyjnej choroby płuc nasila się po 40 roku życia. Fakt

ten został potwierdzony w badaniach własnych: wszyscy ankietowani mieli ponad 50 lat, a 61,2% – ponad 65 lat. Ponadto wykazano również, że czas trwania choroby w istotny sposób był powiązany z wiekiem pacjenta. Ocenia się, że częstość występowania choroby wśród osób powyżej 40 roku życia zarówno w Polsce [11], jak i na świecie [25] przekracza 20%. Chorzy ci bardzo często wymagają intensywnej opieki lekarskiej, a koszt ich leczenia jest bardzo duży [26]. Przewlekła obturacyjna choroba płuc jest ponadto przyczyną znacznej części wizyt ambulatoryjnych. Ocenia się także, że w najbliższych latach częstość występowania POChP będzie nieustannie rosła i stanowić coraz większe obciążenie dla systemu opieki zdrowotnej [27]. Fakt większego zagrożenia osób po 40 roku życia przewlekłą obturacyjną chorobą płuc stwierdzono również w badaniach Siatkowskiej i wsp. [19]. Częstość występowania POChP wśród dorosłej populacji Polski ocenili oni na 6,04%, zaś wśród populacji Polaków po 40 roku życia na 14,8%, wskazując również na fakt, że w innych badaniach może on sięgać nawet 30%.

Występowanie duszności było jednym z objawów POChP, na które badani skarżyli się najczęściej. Duszność przeszkadzała zwłaszcza w wykonywaniu czynności dnia codziennego, prawie 66% deklaroowało, że takie sytuacje zdarzają się często, a ponad 28% respondentów duszności czasami uniemożliwiały wykonywanie codziennych czynności. Występowanie duszności nasilało się zwłaszcza podczas wchodzenia po schodach (95,9%) i przy toalecie ciała (79,6%). Ponadto wykazano, że im częściej badani odczuwają duszności, tym częściej trafiają do szpitala z powodu zaostrzenia choroby. Zbliżone wyniki co do częstości występowania duszności u chorych na POChP uzyskano w badaniach Mejzy i wsp. [15]. Ponad trzy czwarte ankietowanych w tych badaniach skarżyła się na kaszel i duszność wysiłkową, a połowa badanych odczuwała nocne napady duszności. W przeciwieństwie do badań własnych, w których nie wykazano związku występowania duszności z czasem trwania choroby Mejza i wsp. [15] wykazali, że odsetek pacjentów, którzy skarżyli się na duszność nocną i wysiłkową zwiększał się wraz ze wzrostem ciężkości choroby. Stelmach i wsp. [21] stwierdzili, że duszność to jeden z najbardziej uciążliwych i poważnych objawów POChP.

Ponad 90% ankietowanych deklaroowało, że dba o swój stan zdrowia i regularnie poddaje się kontrolom lekarskim. Zachowania, związane z chorobą, które badani najczęściej wykorzystują to aktywne radzenie sobie i poszukiwanie wsparcia. Natomiast zachowania zdrowotne podejmowane były przez respondentów na przeciętnym poziomie. Realizowanie praktyk zdrowotnych wśród badanych było najniższe. Nie wykazano zależności pomiędzy zachowa-

niami zdrowotnymi, a czasem trwania choroby. Nie znaleziono również związków pomiędzy dbaniem o własny stan zdrowia, a częstością występowania duszności, które uniemożliwiają wykonywanie czynności życia codziennego. Kropornicka i wsp. [29] stwierdzili, że zachowania zdrowotne badanych przez nich chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc były lepsze niż osób zdrowych. Wyniki zbliżone do wyników badań własnych uzyskano w badaniach Majdy i Józefowskiej [30], które wykazały, że pacjenci z POChP wykazywali różnorodne zachowania zdrowotne, zarówno pozytywne, jak i negatywne. Autorki odnotowały dodatkowo, że osoby prezentujące zachowania prozdrowotne cieszyły się lepszą jakością życia niż osoby wykazujące się niskim poziomem zachowań prozdrowotnych.

W badaniach własnych ponad 77% ankietowanych miało kontakt z pyłami, a prawie 64% z azbestem. Kontakt z tymi substancjami nie miał wpływu na czas trwania choroby. Witczak i wsp. [7] uważają, że wprowadzie głównym modyfikowalnym czynnikiem ryzyka POChP jest palenie tytoniu, to jednak za 10%-20% przypadków choroby odpowiadają szkodliwe pyły lub gazy. W badaniach Bernsteina i Mergeta [31] wykazano ponadto, że przewlekłe narażanie się na różne kontakty z metalami, które występują w składzie dymów spawalniczych, powodują szybszy rozwój choroby oraz rozedmy. Problem ekspozycji na dymy i gazy emitowane podczas procesów technologicznych dotyczy rzecz jasna wielu gałęzi przemysłu. Ponieważ taka ekspozycja może doprowadzić do POChP, choroba jest w Polsce rozpoznawana jako choroba zawodowa. W duńskich badaniach przeprowadzonych przez Huvinena i wsp. [32] wykazano, że ekspozycja zawodowa na pyły, gazy i pary powoduje nawet trzykrotny wzrost ryzyka zachorowania na POChP w grupie osób, które nigdy nie paliły tytoniu. Należy zatem bezwzględnie zintensyfikować działania edukacyjne w zakresie profilaktyki POChP, zwłaszcza konieczności eliminacji nałogu palenia tytoniu, aby skutecznie przeciwdziałać rozwojowi tej choroby.

Wnioski

1. Zachowania prozdrowotne badanych determinują rzadsze nasilenie objawów POChP.
2. Występuje silna zależność pomiędzy paleniem tytoniu a występowaniem POChP. Płeć i wiek badanych również wpływają na występowanie POChP.
3. Wykonywanie czynności dnia codziennego nasila występowanie duszności u badanych.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Sierakowska M, Wrońska I. Edukacja zdrowotna w praktyce pielęgniarskiej. Wydawnictwo Lekarskie PZWL-Warszawa 2015.
2. Płusa T. Współczesne leczenie chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. Wydawnictwo Medpress – Warszawa 2012.
3. Mathers CD, Loncar D. Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *Plos Med.* 2006; 3: e442.
4. Crapo James D. red. wyd. Polskiego Jassem E. Atlas przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. Springer – Warszawa 2012.
5. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych, Warszawa 2009.
6. Nawojczyk M. Przewodnik po statystyce dla socjologów, SPSS Kraków 2002.
7. Wittczak T, Waluciak J, Pałczyński C. Choroby układu oddechowego u spawaczy. *Medycyna Pracy* 2009; 60 (3): 201–208.
8. Bąk-Drabik K, Ziara D. Jakość życia w przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2004, 72, 128–133.
9. Światowa strategia rozpoznawania, leczenia i prewencji przewlekłej obturacyjnej choroby płuc. *Medycyna praktyczna* Kraków, Wydanie specjalne 1/2002.
10. Górecka D, Bednarek M, Nowiński A, Puścińska E, Goljan-Geremek A, Zieliński J. Wyniki leczenia uzależnienia od nikotyny chorych na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2003; 71 (9-10): 411–417.
11. Pauwels R, Buist AC, Calverley PM. Global strategy for the diagnosis, management and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO global initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD) workshop summary. *Am J Respir Crit Care Med* 2001; 163: 1256–1276.
12. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease: Global strategy for the diagnosis and management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Updated 2015 http://www.goldcopd.org/uploads/users/files/GOLD_Report_2015_Apr2.pdf [dostęp 07.06.2017].
13. US Surgeon-General: The health consequences of smoking: chronic obstructive pulmonary disease. [W:] US Department of Health and Human Services, Washington DC, 1984.
14. Prigatano GP, Wright EC, Levin D. Quality of life and its predictors in patients with mild hypoxemia and chronic obstructive pulmonary disease. *Arch Intern Med.* 1984; 144: 1613–1619.
15. Mejza F, Nizankowska-Mogilnicka E, Kurzawa R, Górski P, Wirkijowski B, Jaeschke R. Charakterystyka ambulatoryjnej opieki specjalistycznej nad chorymi na przewlekłą obturacyjną chorobę płuc w Polsce - wyniki badania KOMPAS *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2009; 77: 507–516.
16. Nizankowska-Mogilnicka E, Mejza F, Buist AS. Częstość występowania POChP i rozpowszechnienie palenia tytoniu w Małopolsce - wyniki badania BOLD w Polsce. *Pol. Arch. Med. Wewn.* 2007; 117: 402–409.
17. Buist AS, McBurnie MA, Vollmer WM. International variation in the prevalence of COPD (the BOLD Study): a population-based prevalence study. *Lancet* 2007; 370: 741–750.
18. Tashkin DP, Kanner R, Bailey W. Smoking cessation in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a double-blind, placebo-controlled, randomized trial. *Lancet* 2001; 357: 1571–1575.
19. Siatkowska H, Kozielski J, Ziara D. Patients with chronic obstructive pulmonary disease in the primary care setting. *Pneumonol. Alergol. Pol.* 2010; 78, 2: 112–120.
20. Halbert RJ, Natoli JL, Gano A, Badamgarav E, Buist AS, Mannino DM. Global burden of COPD systematic review and metaanalysis. *Eur. Respir. J.* 2006; 28: 523–532.
21. Stelmach A, Wanot B, Biskupek-Wanot A. Przewlekła obturacyjna choroba płuc – niedoceniany problem. *Periodyk Naukowy Akademii Polonijnej* 2016; 17 (2): 69–79.
22. Polakowska M, Piotrowski W, Tykarski A, Drygas W, Wyrzykowski B, Pająk A, Kozakiewicz K, Rywik S. Nałóg palenia tytoniu w populacji polskiej. Wyniki programu WOBASZ. *Kardiologia Polska* 2005; 63: 6 (supl. 4): 51–56.
23. Landis SH, Muellerova H, Mannino DM, Menezes AM, Han MK, van der Molen T. i wsp. Continuing to Confront COPD International Patient Survey: Methods, COPD prevalence, and disease burden in 2012–2013. *Int. J. Chron. Obstruct Pulmon. Dis.* 2014; 9: 597–611.
24. Schirnhöfer L, Lamprecht B, Vollmer WM i wsp. COPD prevalence in Salzburg, Austria: results from the Burden of Obstructive Lung Disease (BOLD) study. *Chest* 2007; 131: 29–36.
25. Lamprecht B, McBurnie MA, Vollmer WM i wsp. COPD in never-smokers: results from the population-based BOLD study. *Chest* 2011; 139: 752–769.
26. Mannino DM, Buist AS. Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends. *Lancet* 2007; 370: 765–773.
27. Sullivan SD, Ramsey SD, Lee TA. The economic burden of COPD. *Chest* 2000; 117: 55–95.
28. Feenstra TL, van Genugten ML, Hoogenveen RT, Wouters EF, Rutten-van Mölken MP. The impact of aging and smoking on the future burden of chronic obstructive pulmonary disease: a model analysis in the Netherlands. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.* 2001; 164: 590–596.
29. Orbon KH, Schermer TR, van der Gulden JW. et al. Employment status and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Int. Arch. Occup. Environ. Health* 2005; 78: 467–474.
30. Kropornicka B, Baczeńska B, Czerwonka E, Nowicka E, Daniluk J. Zachowania zdrowotne pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie* 2014; XV (12, Część II): 99–112.
31. Majda A, Józefowska H. Zasoby osobiste pacjentów z przewlekłą obturacyjną chorobą płuc. *Problemy Pielęgniarstwa* 2009; 17 (4): 283–293.
32. Huvinen M, Uitti J, Oksa P, Palmroos P, Laippala P. Respiratory health effects of long-term exposure to different chromium species in stainless steel production. *Occup. Med.* 2002; 52: 203–212.

Zaakceptowano do edycji: 20.02.19
Zaakceptowano do publikacji: 27.03.19

Adres do korespondencji:

Aneta Grochowska
PWSZ w Tarnowie
ul. Mickiewicza 8
33-100 Tarnów
tel.: 14 6310751
e-mail: grochowskaaneta@o2.pl

PHYSICAL ACTIVITY AMONG YOUNG STUDENTS AND ITS INFLUENCE ON HUMAN BODY

AKTYWNOŚĆ FIZYCZNA WŚRÓD MŁODYCH UCZNIÓW I JEJ WPŁYW NA ORGANIZM CZŁOWIEKA

Dariusz Góra

Wydział Nauk o Ziemi, Uniwersytet Śląski, Sosnowiec

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.8>

STRESZCZENIE

Wstęp. Aktywność fizyczna to niezbędna ilość ćwiczeń fizycznych potrzebnych do prawidłowego rozwoju człowieka i utrzymania zdrowia. Niedostateczna ilość ruchu lub całkowity jego brak może stanowić przyczynę zaburzeń wielu procesów metabolicznych. Jest podstawowym czynnikiem zachowania, wzmacniania i rozwijania zdrowia na każdym etapie życia, a także utrzymania dobrej sprawności i wydolności organizmu. W Polsce odsetek młodzieży, która osiąga zalecany poziom aktywności fizycznej, czyli wykonywanie minimum 60 minut dziennie przez 5 do 7 dni w tygodniu wysiłku fizycznego o różnej intensywności stale maleje.

Cel. Celem pracy jest poznanie i ocena aktywności fizycznej młodzieży szkoły ponadgimnazjalnej na terenie Czechowic-Dziedzic oraz omówienie jej wpływu na organizm człowieka.

Materiał i metody. Wykorzystano narzędzie w postaci autorskiego kwestionariusza ankiety dotyczącej aktywności fizycznej wśród uczniów klas I-III szkoły ponadgimnazjalnej. W badaniach wzięło udział 276 uczniów z czego 142 było chłopców, a 134 dziewcząt.

Wyniki. Codzienną aktywność ruchową podejmuje 19% dziewcząt i 14% chłopców. Aż 21% dziewcząt i 11% chłopców nie podejmuje żadnych ćwiczeń fizycznych w czasie wolnym. Najwięcej dziewcząt uprawia aerobic (31%) i jogging (16%), a chłopcy wybierają piłkę nożną (17%) oraz ćwiczenia siłowe (16%). Aż 24% dziewcząt i 4% chłopców przyznało się, że na zajęcia ruchowe przeznacza mniej niż godzinę w tygodniu.

Wnioski. 1. Aktywność fizyczna młodzieży ponadgimnazjalnej jest niewystarczająca. 2. Czas przeznaczany przez młodzież na zajęcia ruchowe jest niewystarczający, zwłaszcza u dziewcząt. 3. Należy podjąć intensywną edukację w zakresie roli aktywności fizycznej i jej znaczenia dla zdrowia wśród młodzieży szkół ponadgimnazjalnych.

Słowa kluczowe: aktywność fizyczna, choroby cywilizacyjne, sprawność fizyczna.

ABSTRACT

Introduction. Physical activity is a minimum exercise necessary for the development of the human body and to maintain relatively good health. Lack of exercise or its minimum may cause a metabolism disorder. It is the main factor of behavior, it strengthens and develops health at every stage of life and keeps fitness and performance of the body at a high level. The number of youths exercising the minimum recommended 60 minutes of physical activity every day for 5 to 7 days a week is on decline.

Aim. The aim of this thesis is to get to know and assess physical activity among youths in secondary school in Czechowice-Dziedzice and analysing its impact on the human body.

Material and methods. A tool in the form of a questionnaire was used to analyse physical activity among student classes 1 to 3 in secondary school. 276 students were questioned, 142 boys and 134 girls.

Results. 19% of girls and 14% of boys exercise everyday. 21% of girls and 11% of boys do not exercise at all during their free time. Most girls do aerobic (31%) and jogging exercises (16%) while boys choose football (17%) and workout at the gym (16%). Almost 24% of girls and 4% of boys admit to exercising less than one hour per week.

Conclusions. 1. Physical activity among youths is inadequate. 2. Time spent on exercising is inadequate especially among girls. 3. It is necessary to educate youths about the importance of physical activity and its importance for health and well being.

Keywords: physical activity, civilization disease, fitness.

Introduction

Physical activity is necessary amount of physical exercises needed for proper human development and maintenance of health. Insufficient amount of physical activities or lack of them can be the cause of disturbances in many metabolic processes [1]. Physical activity along with healthy nurturing is one of the main human needs. It is the basic factor of maintaining, strengthening and developing health at

every stage of life and also maintaining good physical condition of the body. Physical activity is one of the elements of healthy lifestyle, but shaping the condition is difficult to maintain throughout life [2]. Various civilization facilities, universality and accessibility of means of communication and computerization have a significant influence for physical activity limitation and contribute to sedentary lifestyle. The increase of hypokinesia which is physical activity

deficiency is the cause of regress of physical efficiency and youth's fitness. Physical activity among children and teenagers is decreasing with age. In Poland, the percentage of young teenagers who achieve the recommended level of physical activity, that is at least sixty minutes a day for 5 to 6 days a week of physical exercises of varying intensity, is constantly decreasing. Children, especially boys (about 45%) show greater physical activity, while physical activity of teenagers aged 15-18 is significantly declining. Simultaneously as a result of this phenomenon, civilizational diseases and adverse social phenomena among young people are more common. Therefore, the need of physical activity is obvious from the point of view of health and biological needs.

Physical activity is an essential form for normal body functioning. Maintaining physical fitness at an appropriate level requires regularity, continuous practice and motivation, as well as belief in the legitimacy of its use. Physical activity is of particular importance in school age and puberty when body develops [2, 3].

Aim

The aim of this study is the recognition and physical assessment activity assessment among teenagers of upper-secondary school in Czechowice-Dziedzice.

Material and methods

In November 2017, with the consent of the upper-secondary school headmaster, a method of diagnostic survey with the use of research techniques was carried out among students of classes I-III. The form of an authorial questionnaire was used. The participation in this survey was anonymous and voluntary. The surveys included questions concerning physical activity. 276 students were questioned, 142 boys and 134 girls.

Results

19% of girls and 14% of boys exercise everyday. 21% of girls and 11% of boys do not exercise at all during their free time. Very popular among girls was aerobics (31%) jogging (16%), hiking and rollerblading (9%). On the other hand, football and volleyball were the least willingly chosen activities. When it comes to boys, the most popular form of activity was football (17%), strength exercises (16%) and swimming (13%). Running and cycling were chosen by 11% of boys. The least popular sport among examined boys was aerobics (1%) and hiking, rollerblading and volleyball (4%).

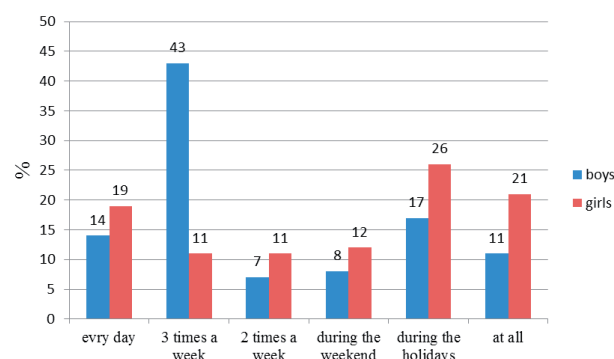


Figure 1. Frequency of physical exercise by the tested youth in their free time

The analysis of answers indicates that 19% of girls admit to daily physical activity, most of them exercise during holidays (26%), on weekends (12%) and 2 or 3 times a week (11%). As many as 21% of the surveyed girls do not take any physical exercise during their free time. Boys usually exercise times during the week (43%), during holidays (17%), daily (14%) while 11% admit not to take any active leisure activities.

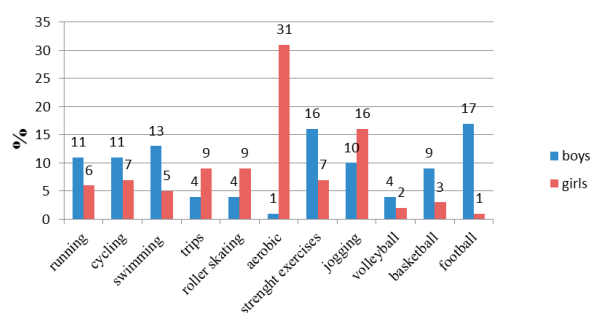


Figure 2. The form of physical recreation undertaken by the tested students in their free time

Girls (31%), jogging (16%) as well as trips and roller skating (9%) enjoyed popularity among girls. On the other hand, the least favorite activities were football and volleyball.

In case of boys, the most common form of physical recreation was football (17%) and strength exercises (16%) and swimming (13%). Running and cycling were chosen by 11% of boys. The smallest sport among the examined boys chosen was aerobics (1%) and trips, roller-skating and volleyball (4%).

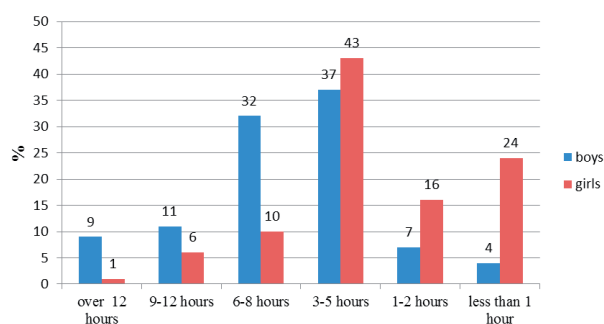


Figure 3. Weekly time spent to physical activities by the examined youth in their free time

The boys spent more time a weekly on physical exercises than girls. Presented differences between teams were statistically significant in a few cases. Girls more often (43%) spend on physical activities 3-5 hours a week and 1-2 hours (16%). As many as 24% admitted that they spend on physical activities less than 1 hour a week and 1% 12 hours a week. Boys spend on physical activities 3-5 hours a week (37%), 6-8 hours (32%), less than an hour (4%) and more than 12 hours (9%).

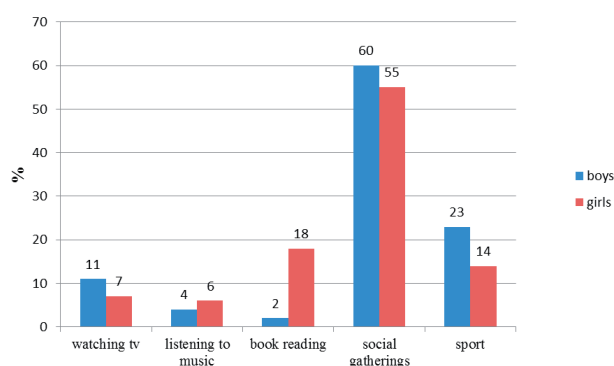


Figure 4. Form of spending free time

For girls (55%) and boys (60%), social meetings are the most common form of spending free time. Reading was chosen by 18% of girls and 14% spend their free time on sport. Listening to music (6%) and watching tv (7%) are the least chosen forms of spending free time among girls (7%). However, 23% of boys chose sport and, like girls, listening to music (4%) and reading a book (2%).

The most common reason why girls practice sports is to improve their silhouette (59%) and to be fit (23%). Boys think the opposite: 87% of them practise sport to be fit and only 8% of them want to improve their silhouette.

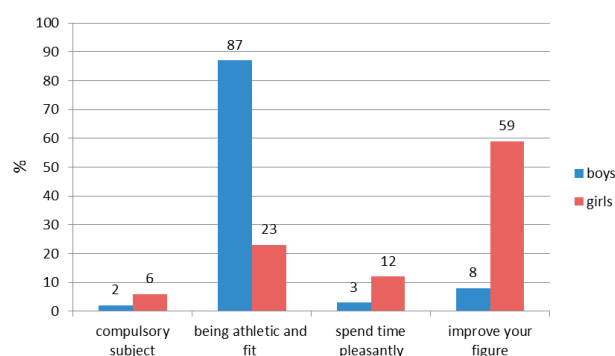


Figure 5. The reasons why I practice different forms of sport

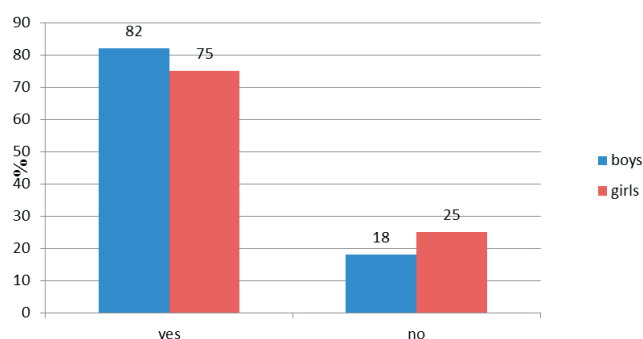


Figure 6. Regular participation in physical education classes at school

75% of surveyed girls and 82% of boys wrote that they regularly participate in physical education classes at schools, whereas 25% of girls and 18% of boys exercise regularly.

Systematic physical activity significantly affects human behaviour and strengthens human health. In the last decades, we have been witnesses of the dynamic development in science and technology. People engrossed in caring for a comfortable life, very often forget about their biological existence. Technology makes human life easier, makes it more effective and its development is irreversible. However, the development of technology also means phenomena unfavorable for human life which consist in elimination of movement and physical work and it negatively affects health and physical human development.

Among disease risk factors related to lifestyle are smoking, frequent eating products rich in fat and low in fibre, small intake of vegetables and fruits and low physical activity.

A health problem which occur early in life is obesity. Research shows that about half of obese children becomes obese adults what increases a risk of occurrence of chronic conditions and degenerative diseases in adulthood. In many works, it was shown that physical activity, especially maintained over many years, conducted to lower fat content in the body and reduced the risk of obesity.

Motivations for making a significant physical effort by boys and girls are different. Boys often want to increase muscle mass, on the other hand, girls want to lose weight.

Among school teenagers every fourth student shows aberration when it comes to their state of health. More often children and teenagers have posture defects, cancers and also type II diabetes.

Changes that take place in the body under the influence of systematic physical activity are enormous. They are as follows: straight and slim silhouette, better musculature, springy walking, lack of fatigue during physical work and better mood. As a result of training, a clear improvement of basic motor features is achieved, such as: strenght, speed, agility and endurance [3, 4, 5].

Physical effort causes many positive changes in human body, especially during puberty:

- stimulates and supports physical, mental and social development. It influences growth, develops muscles and increases oxygen demand. Physical activity forms correct posture, develops individual systems and stimulates the immune system. In psychological terms it teaches how to overcome difficulties and fatigue, accept successes and failures, control emotions and deal with the stress. Thanks to physical activity emotional tension is poured out. In social terms it builds positive relations with peers and adults, teaches cooperation and control over behaviour [6].
- adapts to stimuli and changes in physical and social environment,
- changes lifestyle from passive to active. Compensates excessive sitting at school and at home related to learning and doing homework, watching tv and sitting in front of a computer,
- prevents, corrects and helps in treatment of many diseases and disorders – especially in obesity it helps to restore normal weight and correct posture [1, 7].

Physical activity causes the increase of fitness. The development of the body through moderate training expands the chest, develops respiratory muscles and also improves respiratory efficiency. Supply of the body with oxygen is improved by its better capture. Chest development leads to the improvement of the respiratory process. All levels of the respiratory efficiency improved due to training that eventually form at the end of the developmental age, affect the better breathing and oxygenation of the body [8].

Physical effort positively affects circulatory system. Due to regular physical effort morphologic changes take place. Moderate physical activity increases the number of blood cells and haemoglobin in erythrocytes. It is associated with

increased oxygen demand. During physical exercises changes take place in the body which adapt the system to work and also are important in prevention of cardiovascular diseases. It is estimated that to decrease the risk of death to 30% due to coronary heart disease, it is advised to exercise every day for 30 minutes [9].

Physical activity has positive effect on central nervous system. Systematic physical exercises stimulate development of the motor centre in brain. This affects the formation of additional nerve twigs that lead to muscle fibers, thus increasing the speed of conduction of external stimuli. The aural, optic and kinetic sensitivity increases. Physical activity decreases the level of anxiety, anger and aggression. It improves mood, has positive effect on the body improving comfort [9]. Physical exercises defuse emotional tension, decreasing negative emotions experienced in stressful situations. This activity, especially outdoor has relaxing effect and causes mental balance [8]. Doing sports has a positive influence on psychology, eliminates mental fatigue through better brain oxygenation. Effort undertaken together (e.g. during physical education classes or during team games such as volleyball, basketball, handball and football) integrates people and strenghtens interpersonal relations [1]. Motor activities regulate emotions and make it easier to share joy with others. Physical activity has a positive impact on long-term memory and ability to work mentally. Improves divisibility and attention [8]. Physical activity has a major impact on the proper operation of the digestive system. It stimulates organs to function properly (e.g. pancreas – physical effort causes the increased tissue sensitivity to insulin and better absorption of glucose from the blood). It influences also the level of cholesterol lowering total cholesterol and increasing the positive HDL fraction. Physical effort is a regulator of metabolic conversion and influences lipid economy. It increases efficiency and improves liver function. Physical exercises also have a good influence on smooth muscle performance and efficiency of organs located in abdominal cavity. Intestinal peristalsis also improves, the digestive process is more efficient, lack of retention of food content in the stomach and intestines which prevents constipation. Toxins are excreted faster and nutrients are better absorbed [8].

Strenght training has the most beneficial effect on muscle growth and their development. Endurance training shapes muscles with a slender structure and smaller circumferences.

Circuit training increases the threshold of muscle fatigue, mainly the respiratory muscles. The range and time of physical exercises is gradually increased. Movement of the chest also increases [10, 11].

Physical activity stimulates the immune system. The best results are provided by outdoor activities which have relaxing effect on the system and eliminate stress and fatigue (defense system is dependent on the nervous system). Regular exercises increase the immunity, they activate immunological mechanisms that increase the production of lymphocytes and their activity in the blood. Physical effort supports immunologic memory which detects and blocks microbial activity in the body.

Physical activity also has an educational and entertaining value. An active form of rest shapes the personality, very important quality in the life of a young person [10, 11, 12].

Conclusions

1. Physical activity among youths is insufficient.
2. Youth participation in physical education classes is satisfactory, however, actions should be implemented to improve and encourage regular participation in physical education lessons.
3. Time spent on exercising is inadequate especially among girls.
4. It is necessary to educate youths in upper-secondary schools about the importance of physical activity and its importance for health and well being.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Literature

1. Antos E, Staniak E. Ocena aktywności fizycznej młodzieży ponadgimnazjalnej. *Pol Prz Nauk Zdr*. 2015;1(42):22–27.
2. Woynarowska B. Edukacja zdrowotna. Wydawnictwo Naukowe PWN 2007, 44–68.
3. Wojtyła A, Biliński P, Bojar I. i wsp. Aktywność fizyczna młodzieży gimnazjalnej w Polsce. *Probl Hig Epidemiol*. 2011;92(2):335–342.
4. Eisenmann JC, Bartee RT, Wang MQ. Physical activity, TV viewing, and weight in U.S. youth: 1999 Youth Risk Behavior Survey. *Obes Res* 2002;10:379–385.
5. Downs DS, DiNallo JM, Savage JS i wsp. Determinants of eating attitudes among overweight and non-overweight adolescents. *J Adolesc Health* 2007; 41:138–45.
6. Baker BL, Birch LL, Trost SG i wsp. Advanced pubertal status at age 11 and lower physical activity in adolescent girls. *J Pediatr* 2007;151:488–93.
7. Jaskólski A. Podstawy fizjologii wysiłku fizycznego z zarysem fizjologii człowieka. Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu. Wrocław 2002, 14–34.
8. Eberhardt A. Fizjologiczne podstawy rekreacji ruchowej z elementami fizjologii ogólnej człowieka. Warszawa 2008, 16–35.
9. Dencikowska A, Drozda S, Czarny W. Aktywność fizyczna jako czynnik wspomagający rozwój i zdrowie. Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego. Rzeszów 2008, 23–31.
10. Lafay O. Trening siłowy bez sprzętu. AHA. Łódź 2007, 11–28.
11. Anderssen N, Wold B. Parental and peer influences on leisure time physical activity in young adolescents. *Res Q Exerc Sport* 1992;63:341–8.
12. Madsen KA, McCulloch CE, Crawford PB. Parent modeling: perceptions of parents' physical activity predict girls' activity throughout adolescence. *J Pediatr* 2009;154:278–83.

Zaakceptowano do edycji: 20.02.19

Zaakceptowano do publikacji: 27.03.19

Adres do korespondencji:

Dariusz Góra
Wydział Nauk o Ziemi
Uniwersytet Śląski
ul. Będzińska 60
41-200 Sosnowiec

ZAWÓD POŁOŻNEJ NA TERENIE POLSKI W XX WIEKU

THE MIDWIFE PROFESSION DURING 20TH CENTURY IN POLAND AREA

Agnieszka Smerdka, Beata Pięta

Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.9>

STRESZCZENIE

Zawód położnej na terenie Polski przechodzi w ostatnich latach liczne transformacje. Nowelizacji ulegają ustawy regulujące sposób wykonywania zawodu. Mimo iż od lat 70. XX wieku do końca roku 1996 zmian w ustawodawstwie zawodu położnej nie było wiele, o tyle pierwsze 50 lat ubiegłego wieku było również okresem licznych zmian w sposobie kształcenia położnych oraz wykonywania przez nie swojego zawodu. Sytuacja ta spowodowana była zmianami politycznymi oraz demograficznymi. Niniejsza praca ma na celu ukazać zawód położnej (zarówno pod względem sposobu kształcenia, jak i wykonywania zawodu) na terenie Polski w XX wieku.

Słowa kluczowe: położna, kształcenie położnych, wykonywanie zawodu położnej, ustawodawstwo zawodu położnej, historia zawodu położnej.

ABSTRACT

Midwife profession in Poland undergoes numerous changes during last years. The law according to be a midwife are changing. Since 70's in the 20th century to 1996 there were a little changing in legislation of the midwife profession but the dynaming changes were during first 50 years in the last century. Education and practicing the midwife proffesion have being changed. It was due to political and demographic changes. This work aims is to present the midwife's profession (both in terms of education and profession) in Poland in the 20th century.

Keywords: midwife, education od midwife, midwife profession, the legislation of the midwife profession, history of the midwife's profession.

Wstęp

Najstarsze dokumenty medyczne, z jakimi możemy się spotkać, zawierają opisy porodów, a w dalszej kolejności leczenia ran [1]. Przyjście na świat dziecka owiane było magią oraz tajemnicą [2]. Możemy wnioskować, że położnictwo jest jedną z najstarszych gałęzi medycyny. Odbieranie porodów w dawnych czasach zawsze było łączone z osobą kobiety, która asystowała w trakcie tego wydarzenia [3]. Częstokroć kobiety asystujące przy porodzie nie posiadały wykształcenia medycznego, a dysponowały jedynie wiedzą przekazywaną ustanie przez starsze kobiety. W kulturze starostówiańskiej przyjmowaniem porodów trudniły się kobiety nazywane „babkami”, „babami”, „mądrymi kobietami” bądź po prostu „mądrymi”. One też stały się pierwowzorem akuszerki, które w późniejszym czasie przekształciły się w położne [1, 3, 4]. Na ziemiach polskich, jeszcze po I wojnie światowej na terenach wiejskich pomocą kobietom rodzącym trudniły się „baby” [5]. Rozwój medycyny spowodował jednak, że opiekę nad kobietą ciężarną przejęły wykwalifikowane położne.

Cel pracy

Celem artykułu jest przedstawienie zawodu położnej na ziemiach polskich w XX wieku, ukazanie zakresu kompe-

tencji, systemu kształcenia oraz specyfikacji pracy w tym okresie.

Zawód położnej na ziemiach polskich pod zaborami

Na początku XX wieku Polska nie istniała jako suwerenne państwo. Podzielenie terenu kraju przez trzech zaborców miało swoje przełożenie na system opieki zdrowotnej oraz sposób regulowania pracy położnej. Państwa zaborcze nie interesowały się stanem opieki położniczej i częstokroć hamowały inicjatywy Polaków mające na celu rozwijanie zawodu położnej i podnoszenie jakości opieki nad matką i dzieckiem [1].

Na ziemiach polskich funkcjonowało wiele szkół dla akuszerki. Najstarsza szkoła kształcąca położne powstała w 1773 roku we Lwowie. Lwowskie Collegium Medicum powstało z inicjatywy Marii Teresy, a wykształcenie w niej zdobywali lekarze, aptekarz oraz właśnie akuszerki [5]. Kolejno powstała szkoła położnych w Grodnie (1775), katedra i klinika położnicza przy Szkole Głównej Koronnej, w której kształciły się położne (1780). W późniejszych latach utworzono szkołę w Siemiatyczach (1783), w Poznaniu (1779) oraz najpóźniej w Warszawie (1802) [6]. Początkowo nauka w szkołach dla położnych nie trwała

długo, od 4 miesięcy do roku, w późniejszym okresie do 2 lat. Zakres szkolenia akuserek dotyczył głównie umiejętności praktycznych, takich jak odbieranie porodów, dbanie o sale szpitalne oraz nabywanie nawyków właściwej higieny podczas pracy [7]. Na początku szkoły borykały się z problemem braku kandydatek, dodatkowo do szkół zgłaszały się głównie kobiety niepiśmienne z niższych warstw społecznych. W późniejszych latach wymogiem stawianym kandydatkom do szkół dla położnych była umiejętność pisania i czytania [8].

W zaborze austriackim oraz rosyjskim władze państw zaborczych nie ustanowiły żadnego prawa regulującego zawód położnej. Znacznie lepiej wyglądała sytuacja w zaborze pruskim, w którym to zostało wydane rozporządzenie Ministra Oświecenia, Spraw Duchowych i Lekarskich. Dokument regulujący zawód akuszerki na ziemiach pruskich został wydany 6 sierpnia 1883 roku pod nazwą „Ogólne rozporządzenie dotyczące zawodu akuszerki” [9].

W związku z brakiem uregulowań prawnych dotyczących zawodu położnej na ziemiach polskich, chęcią poprawy statusu zawodu i poprawy jakości opieki nad matką i dzieckiem położne podjęły pierwsze próby utworzenia związków zawodowych. Już w 1900 roku warszawskie położne złożyły wniosek do władz rosyjskich o zezwolenie na założenie związku zawodowego. Starania te nie zostały zakończone sukcesem ze względu na żądania władz, aby językiem urzędowym był język rosyjski, na co położne nie wyraziły zgody. Ostatecznie w 1905 roku w Warszawie powstał Pierwszy Związek Akuserek Miasta Warszawy. Dzięki tej inicjatywie zostały zorganizowane między innymi kursy dokształcające dla położnych pracujących w Warszawie [10].

Analizując zawód położnej na ziemiach polskich w czasie zaborów nie doszukujemy się wielu szczegółów na temat kompetencji zawodu położnej. Zapiski dotyczące tej profesji główny nacisk kładą na etyczne zachowanie położnej (zarówno w życiu prywatnym, jak i zawodowym). Najważniejszą rzeczą w praktyce położnej było niesienie kobietom potrzebującym pomocy o każdej porze dnia i nocy. Położna, tak jak i w dzisiejszych czasach, zobowiązana była do doskonalenia swojej wiedzy zawodowej, badania kobiet, udzielania im rad, opieki nad ciężarną. Sprawowała ponadto opiekę przedporodową poprzez przygotowanie ciężarnej, jej rodziny i domu do porodu. W zakresie kompetencji wpisane było prowadzenie porodu prawidłowego, a w przypadku powikłań niezwłoczne wezwanie lekarza i postępowanie dalej według jego wskazówek. W przypadku jednak braku lekarza położna zobligowana była do wykonania zabiegów położniczych ratujących życie. Ważnym aspektem pracy położnej było

przestrzeganie norm etycznych, które nakładały na położną obowiązek zgłaszania kryminalnych przerwania ciąży oraz zabójstw płodu [9].

Na przełomie XIX i XX wieku położne wykonywały swą pracę głównie poza terenem szpitala, w domach swych podopiecznych. Pomimo pierwszych prób tworzenia systemu opieki zdrowotnej w Polsce ponad 80% porodów w tamtym okresie odbywało się bez fachowej pomocy [9].

Praca zawodowa położnej w okresie międzywojennym

Odzyskanie przez Polskę niepodległości wiązało się z wielką radością Polaków, ale też było początkiem ciężkiej pracy mającej na celu przywrócenie spójności kraju. Za jedną z ważnych spraw nowe władze uznały ujednolicenie programów, przepisów, sposobu kształcenia oraz długości nauki w szkołach dla położnych. W tym samym okresie swoją działalność wznowiły szkoły dla położnych we Lwowie, Krakowie, Poznaniu, Warszawie Lublinie oraz Wilnie [11].

W pierwszych latach po odzyskaniu przez Polskę niepodległości władze starały się uregulować prawnie zawody medyczne. Pierwszy akt prawny, w którym znajdujemy wzmiankę o zawodzie położnej ukazał się 8 lutego 1919 roku pt.: „Dekret w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych oraz innych chorób występujących nagminnie” [12, 13]. Przepisy nakładały na położną min. obowiązek zgłaszania właściwym władzą sanitarną każdego przypadku choroby zakaźnej, która została wymieniona w dekreście [12]. Kolejny dokument prawny, który zawiera w swej treści informacje o zawodzie położnej pojawił się kilka miesięcy później. 19 lipca 1919 roku została ogłoszona Zasadnicza Ustawa Sanitarna, w której zawarty był art. 2 p. 16 „Prawa i przywileje ze stopniem położnej związane” [14]. W ustawie zostały zawarte główne prawa i obowiązki położnej nie wyczerpując w całości zagadnień związanych z wykonywaniem zawodu [12]. Mimo ogólnych treści dotyczących zawodu położnej, które zostały zawarte w Ustawie Sanitarnej tworzyły one podwaliny pod budowanie uregulowań prawnych dotyczących zawodu. 10 grudnia 1920 roku pojawiły się „Przepisy służbowe dla położnych”, a 16 marca 1928 roku najważniejszy w tym okresie akt prawny dotyczący zawodu położnej „Rozporządzenie Prezydenta Rzeczypospolitej o położnych” [13, 15]. Rozporządzenie jednoznacznie określiło obowiązki i uprawnienia położnej. Podobnie jak wcześniej, położna zobowiązana była do udzielania wskazówek w zakresie higieny i żywienia ciężarnych, pomocy przy prawidłowym porodzie, higienicznej opieki nad kobietom w położu, pomocy w czasie powikłanego porodu do czasu przybycia lekarza. Nowością

było określenie sytuacji oraz osób, które mogą pozbawić położną prawa wykonywania zawodu. W rozporządzeniu jednoznacznie został określony czas nauki w szkole dla położnych – 2 lata (w szczególnych przypadkach czas ten mógł być skrócony do 1 roku za zgodą odpowiednich władz). Dodatkowo ustawodawca jednoznacznie określił zasady, na których szkoły mogły kształcić położne. Jako ciekawostkę warto wspomnieć, że kształcenie położnych mogło odbywać się w szkołach państwowych oraz na specjalnych zasadach w placówkach prywatnych. Rozporządzenie nakładało również na położne obowiązek odbywania kursów szkoleniowych. Praca położnej w okresie międzywojennym, podobnie jak wcześniej, związana była z bardzo dużą samodzielnością, a dokumentem pracy był „Dziennik położnej” [13]. W tym okresie wydane zostało również Rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 2 maja 1929 roku, które w swej treści zawierało tylko instrukcje dla położnych. Po raz kolejny dokument przedstawiał obowiązki położnej m.in. moralnego prowadzenia się, dbania o czystość swojego mieszkania oraz konieczności samokształcenia się [16].

Analizując zawód położnej w okresie międzywojennym w Polsce należy wspomnieć o powstałych pierwszych stowarzyszeniach zrzeszających położne oraz pojawiających się czasopismach dla położnych. Codzienna praca położnej w XX-leciu międzywojennym wiązała się z licznymi utrudnieniami. Inne wymagania dnia codziennego spotykały położne pracujące na wsi, inne w miastach. W tym okresie nadal wiele porodów odbywało się przy udziale „babek”, a położna wzywana była w sytuacjach, w których „babki” nie były w stanie już pomóc. Dodatkowo korzystanie z usług położnej było ograniczone ze względu na ubóstwo panujące w społeczeństwie (odebranie porodu kosztowało 10 zł). Same położne odczuwały potrzebę działania na rzecz uzyskania spójności zawodowej oraz rozwoju zawodu [13].

Pierwsze organizacje zrzeszające położne powstawały niezależnie od siebie. Na terenie Polski w ówczesnym okresie działały między innymi:

- a) Na terenie byłego zaboru rosyjskiego – Związek Położnych Rzeczypospolitej Polskiej, który powstał w 1926 roku ze Związku Akuszerki Rzeczypospolitej Polskiej i Zrzeszenia Akuszerki Kas Chorych w Warszawie. Związek od 1926 roku wydawał „Przegląd Akuszeryjny”.
- b) Na terenie Wielkopolski, Pomorza i Śląska – Związek Położnych Poznańsko-Pomorskich. Organem prasowym związku były „Nowiny Akuszeryjne” wydawane od 1927 roku.

- c) Na terenie Małopolski oraz w okolicach Lwowa – Krakowskie Stowarzyszenie Położnych i Związek Zawodowy Egzaminowanych Położnych Małopolski Wschodniej (stowarzyszenie zostało przekształcone ze Stowarzyszenia Egzaminowanych Położnych we Lwowie) [13].

Członkinie stowarzyszeń postulowały między innymi podwyższenie płac dla położnych, szczególnie tych praktykujących na terenach wiejskich, przedłużenie nauki w szkole do 3 lat, zlikwidowanie „babek wiejskich”, ujednolicenie opłat za porody na terenie całego kraju [13]. Wnioski położnych nie zostały spełnione, a dalsze dążenia na rzecz umocnienia zawodu przerwały działania wojenne.

Zawód położnej w czasie II wojny światowej

W czasie II wojny światowej ze względu na działania militarne nastąpiło duże zahamowanie rozwoju medycyny, w tym położnictwa. W okupowanej Polsce zostały zamknięte szkoły oraz uniwersytety. Za duży sukces można uznać fakt funkcjonowania Warszawskiej Szkoły Położnych. Placówka ta była jedną z 3 średnich szkół medycznych funkcjonujących w kraju (oprócz szkoły dla położnych funkcjonowała również Warszawska Szkoła Pielęgniarek oraz Szkoła Pielęgniarska przy Szpitalu Przemienienia Pańskiego w Warszawie). Podobnie jak przed wojną nauka w szkole trwała 2 lata. Zakres zajęć obejmował między innymi naukę anatomii z fizjologią, patologii ogólnej, położnictwa, pielęgnowania chorych, położnic i noworodków, bakteriologii, chorób wewnętrznych, higieny, gruźlicy i walki z nią, chorób zakaźnych, ratownictwa, obrony przeciwgazowej, przeciwdziałania alkoholizmowi oraz jego wpływu na ciążę, poród i połów. Absolwentki otrzymywały dyplom w dwóch częściach. Część pierwsza sporządzona była w języku niemieckim, część druga zawierała tę samą treść, jednak sporządzona była w języku polskim. W czasie wojny warszawską szkołę próbowano przekształcić w 3 letnią szkołę pielęgniarsko-położniczą. Wybuch Powstania Warszawskiego przerwał działalność szkoły [17].

W czasie wojny miejsce zatrudnienia położnej oraz charakter wykonywanej przez nią pracy zależał od przepisów władz okupacyjnych danego terenu. Niektóre z położnych dalej wykonywały swój zawód czy to w mieście, czy na terenach wiejskich, inne ze względu na okupantów, miały zakaz praktykowania i musiały pracować np. na roli [16]. Te z położnych, które nadal pracowały, mogły liczyć tylko na swoją wiedzę i umiejętności, porody nadal odbywały się głównie w domach kobiet, ze względu na działania wojenne niejednokrotnie w jeszcze gorszych warunkach sanitarnych niż przed wojną. Jedną z położnych tego okresu

o której należy wspomnieć była Stanisława Leszczyńska. Kobieta niosła pomoc kobietą rodzącym w ekstremalnych warunkach, w obozie koncentracyjnym w Oświęcimiu [18].

Powojenna rzeczywistość pracy położnej

Działania wojenne przyniosły ogromne straty w ludziach. Po II Wojnie Światowej znaczne były straty również wśród personelu medycznego. Według danych w 1938 roku w Polsce było 9356 położnych, natomiast w roku 1950 zaledwie 6920 [17].

Po zakończeniu działań wojennych 11 kwietnia 1945 roku został wydany dekret, który regulował działanie i organizację służby zdrowia w powojennej Polsce.[19] Po II Wojnie Światowej zaobserwowano znaczny przyrost urodzeń w kraju. Z jednej strony było to bardzo pozytywne zjawisko, z drugiej ze względu na brak wykwalifikowanej kadry medycznej zmusiło władze do podjęcia działań mających na celu zorganizowanie sprawnej i powszechnej opieki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem opieki nad matką i dzieckiem [17].

W powojennej Polsce nadal funkcjonowały położne wolno praktykujące. Ze względu na konieczność zaspokojenia odpowiedniej liczby fachowej kadry medycznej władze w 1949 roku wprowadziły rejestr fachowych pracowników służby zdrowia [20]. Miał on na celu zweryfikowanie m.in. liczby dyplomowanych położnych oraz obszarów, które pozbawione były odpowiedniej liczby pracowników medycznych. Aby zwiększyć dostęp ludności do bezpłatnej i profesjonalnej opieki położnej, Minister Zdrowia w 1949 roku wydał rozporządzenie nakładające na położne obowiązek pracy w zakładach społecznej służby zdrowia. Od tej pory położne były zobowiązane praktykować 42 godziny tygodniowo w zakładach otwartych, 46 godzin w ciągu tygodnia w zakładach zamkniętych, takich jak szpitale, kliniki.[21] Praca w zakładzie otwartym obejmowała m.in. pracę w izbach porodowych bądź pracę jako położna gminna. Prac położnej gminnej oprócz standardowych działań edukacyjnych polegał m.in. na odbieraniu porodów w ilości zależnej od terenu, na jakim pracowała (położne działające na prowincji 6 porodów miesięcznie, pracujące w miastach 8 porodów w ciągu miesiąca). Pomimo działań władz nadal borykano się z brakiem kadry medycznej na niektórych obszarach kraju. W związku z tym w 1950 roku wprowadzono nakaz podjęcia pracy w zakładach społecznych służby zdrowia. Nakaz objął lekarzy, lekarzy dentyków, farmaceutów, pielęgniarki i położne oraz techników dentystrycznych. Pomimo tych działań liczba położnych pracujących w mniejszych miejscowościach nadal była niewystarczająca, a porody odbierały niewykwalifikowane „babki”. W latach 1956-57 około 10% poród w kraju

zostało odebrane przez niewykwalifikowane osoby, jednocześnie 43,5% porodów odbyło się w szpitalach, 17,8% w izbach porodowych, a 28,2% porodów odebrały położne w punktach położniczych [17].

W okresie powojennym w celu poprawy opieki nad matką i dzieckiem oraz przeciwdziałania „wiejskim babkom” utworzono izby porodowe. Do zadań tych instytucji należało przede wszystkim odbieranie porodów fizjologicznych, pielęgnacja położnic i noworodków, a w przypadku komplikacji w trakcie lub po porodzie kierowanie pacjentki do szpitala. Izby porodowe wymagały od położnych dużej samodzielności oraz wiedzy medycznej. Placówki te cieszyły się dużym zaufaniem pacjentek, a położne wykonywały swój zawód z dużą suwerennością. Oprócz obowiązków typowo medycznych położne były odpowiedzialne w izbie porodowej za sprawy administracyjne, wystawianie zaświadczeń do urzędów na prośbę kobiet czy zakup sprzętu niezbędnego do placówki. W 1949 roku w kraju istniało 85 izb porodowych, w których znajdowały się 504 łóżka dla pacjentek, a w 1950 roku takich placówek na terenie kraju było już 250 z 1565 łózkami dla pacjentek [17, 22]. Fakt istnienia izb porodowych z całą pewnością przyczynił się do poprawy jakości opieki nad matką i dzieckiem, co przełożyło się na zmniejszenie śmiertelności matek i noworodków (w 1956 roku śmiertelność rodzących w izbach wynosiła 0,1 promila, a wśród kobiet rodzących poza izbami porodowymi 0,6 promila) [17].

Położne pracujące w izbach porodowych miały możliwość wezwania lekarza do pomocy w przypadkach trudnych porodów. Na taką pomoc nie zawsze mogli liczyć położne gminne wiejskie, które odbierały porody w domach swoich pacjentek. W przypadku kiedy pomoc rodzącej była potrzebna natychmiast, a transport do szpitala mógł być niebezpieczny dla kobiety, położna zgodnie z Instrukcją Ministra Zdrowia Nr 37/55 z 20 czerwca 1955 mogła wykonać m.in. boczne nacięcie krocza, ręcznie wydobyć łożysko, dokonać tamponowania pochwy w przypadku pęknięcia szyjki macicy, przebić pęcherz płodowy, czy dokonać obrotu wewnętrznego w przypadku porodu bliźniąt [23].

Mimo dużych zmian, jakie zaszły w przepisach dotyczących wykonywania zawodu, w okresie powojennym system kształcenia położnych początkowo nie uległ zmianie. W 1945 roku swoją działalność rozpoczęły szkoły kształcące położne. Swoją działalność oparły na Rozporządzeniu Prezydenta Rzeczypospolitej z 16 marca 1928 roku [24]. Początkowo powstały również 3-letnie szkoły pielęgniarstwo-położnicze w Gdańsku, Krakowie, w 1947 we Wrocławiu. Szkoły kształcące położne w trybie 2-letnim powstały m.in. w Poznaniu, Chorzowie i Przemyśle. W 1945 roku, aby starać się o przyjęcie do szkoły dla

położnych, kandydatka musiała być w wieku między 18, a 35 lat, posiadać wykształcenie na poziomie 7 klasy szkoły podstawowej oraz uzyskać pozytywny wynik z egzaminu z zakresu języka polskiego, matematyki i biologii. Od 1946 roku do szkół przyjmowano osoby, które ukończyły minimum 9 klas szkoły ogólnokształcącej (czyli posiadały tzw. małą maturę) lub 4 klasy gimnazjum, wiek kandydatek ustalono na 16–30 lat. W roku 1950 3-letnie szkoły pielęgniarско-położnicze zostały rozwiązane, a w ich miejsce powstały 2-letnie szkoły kształcące położne bądź pielęgniarki [17]. Nauka w szkole była podzielona na bloki oraz odbywała się w ramach zajęć teoretycznych i praktycznych. W zależności od szkoły przypisywano różną ilość tygodni na zajęcia teoretyczne jak i praktyczne, program nauczania w szkołach był jednak taki sam dla wszystkich szkół i był ustalony przez Ministerstwo Zdrowia. W latach 1951-1952 w Polsce działało 7 państwowych szkół dla położnych (nie było możliwości kształcenia się w szkołach prywatnych, jak to miało miejsce przed wojną) [17].

Rozwój samodzielności zawodu położnej był stopniowo wyhamowywany. W związku z pojawianiem się coraz większej liczby szpitali w dużych miastach i szpitali powiatowych, środowisko medyczne zaczęło kłaść nacisk na zamknięcie izb porodowych, tłumacząc to brakiem rentowności tych placówek. Z czasem izby porodowe stopniowo zamykano, w latach 70-tych porody zostały przeniesione do szpitala, a opiekę nad ciężarną oraz rodzącymi przejęli lekarze [25].

Położnictwo XX wieku

Początkowy rozwój zawodu położnej po odzyskaniu przez Polskę niepodległości został w latach 70. zahamowany. Oprócz wspomnianego zamykania izb porodowych przyczyniła się do tego reorganizacja służby zdrowia. W 1972 roku wydane zostało Rozporządzenie Rady Ministrów dotyczące uposażenia pracowników służby zdrowia. W tabeli zaszerzegowań nie znalazła się informacja o stanowisku Wojewódzkiej Instruktorce Położnych, co w dużej mierze obniżyło statut zawodu. Dodatkowo przy awansowanych stanowiskach personelu średniego użyto słowa „pielęgniarka”, co uniemożliwiło przyporządkowanie tych stanowisk położnym i ich dalszy rozwój. W 1975 roku ukazało się Zarządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, które dotyczyło organizacji i wzorowych statusów ZOZ. W zarządzeniu zostały wymienione punkty lekarskie, stomatologiczne, felcherskie oraz pielęgniarские z pominięciem punktów położniczych [25]. Dwukrotna reorganizacja służby zdrowia w latach 70. odcisnęła się piętnem dla zawodu położna. Nadzór na pracę położnej został przekazany pielęgniarkom, a same położne nie mogły ubiegać się o stanowiska awansowe dla średniego personelu medycznego.

W trosce o dobro zawodu położne podjęły aktywne działania i w 1977 roku została powołana Sekcja Położnych Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego [26]. Członkinie nowopowstałej sekcji wnioskowały m.in. o stworzenie studiów dla położnych, uaktualnienie zakresu czynności, które położna może wykonać samodzielnie w zależności od stanowiska pracy oraz możliwość zdobywania awansowanych stanowisk dla średniego personelu medycznego [25].

Sekcja Położnych Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego działała aktywnie na rzecz poprawy statusu zawodu położnej. Nie wszystkie z dążeń udało się zrealizować w szybkim czasie. Od początku postania sekcji położne wnioskowały o utworzenie studiów położniczych. Już od 1974 położne mogły studiować jednak na kierunku pielęgniarstwa. Po ukończeniu wydziału pielęgniarского akademii medycznej położne otrzymywały tytuł magistra pielęgniarstwa. Możliwość uzyskania tytułu magistra położnictwa było możliwe dopiero od 1995 roku. Pierwszą akademią medyczną, która utworzyła studia wyższe dla położnych była Akademia Medyczna z Lublina [27].

Po dwukrotnej reformie służby zdrowia w latach 70. do połowy lat 90. XX wieku nie zachodziły bardzo drastyczne zmiany w kształceniu oraz kompetencjach zawodu położnej. Dużo zmian związanych z uprawnieniami, a raczej konieczność dostosowania zawodu położnej do współczesnych wymagań medycyny, nastąpiło na przełomie XX i XXI wieku.

Podsumowanie

Wstąpienie Polski do Unii Europejskiej oraz dynamiczny rozwój medycyny, w tym również ginekologii i położnictwa, wymusił zmiany w ustawodawstwie dotyczącym zawodu położnej. Duża samodzielność i szeroki zakres kompetencji położnych z początków XX wieku zostały znacznie ograniczone w połowie lat 70. Obecnie możemy obserwować ponowne odrodzenie zawodu położnej. W coraz większym zakresie położne uczestniczą w życiu kobiety na każdym etapie jej życia. Dodatkowo pacjentki oczekują od położnych aktualnej wiedzy medycznej, co wiąże się z coraz częstszym podejmowaniem przez położne dodatkowych kursów i kończeniem specjalizacji. Aby wykonywać zawód położnej, należy w tej chwili ukończyć studia wyższe na tym kierunku. W niepamięć odeszły już dawno „babki wiejskie”, jednak zauważa się pewien powrót do korzeni w zakresie porodów, co wiąże się z tworzeniem Domów Narodzin na terenach szpitali. Domy Narodzin, tak jak kiedyś Izby Porodowe, zarządzane są przez położne. Te oraz inne działania być może w przyszłości przyczynią się do ponownego umocnienia zawodu położnej w systemie opieki zdrowotnej w Polsce.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Waszyński E. Historia położnictwa i ginekologii w Polsce. Vo-lumed, Wrocław 2000.
2. Węgrzynowicz M. Wprowadzenie w specyfikę zadań podstawowej opieki zdrowotnej. Rozdz. w: Rola Podstawowej Opieki Zdrowotnej w systemie ochrony zdrowia. Piła 2009, 9–29.
3. Wrześniewska M, Bąk B. Historia zawodu położnej i kształtowanie się opieki okołoporodowej na świecie i w Polsce. Studia Medyczne 2012; 27 (3): 89–99.
4. Sznaider K, Mazurkiewicz B. Córki Ewy, czyli z historii zawodu położnej. Część 3. Położ. Nauka i Praktyka. 2012; 4: 46–50.
5. Matuszewska E. Z historii zawodu położnej. Pielęgniarka i Położna 1989; 1: 19–20, 23.
6. Bręborowicz GH, Gadzinowski J, Pięta M. Zasady organizacji opieki w czasie ciąży, porodu i porożenia w Polsce. W: Podręcznik dla położnych i pielęgniarek. Red. GH Bręborowicz, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2002; 1: 17–24.
7. Stawiak-Ososińska M. Udział Państw Zaborczych w tworzeniu pierwszych szkół dla akuserek na ziemiach polskich na przełomie XVIII i XIX wieku. W: Państwo a edukacja Red. J Kochanowicz, T Tokarz, Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Szkoły Wyższej, Wrocław 2008; 3: 133–140.
8. Stawiak-Ososińska M. Pierwsze czasopisma dla położnych jako źródło wiedzy o kształceniu akuserek na ziemiach polskich w XIX i na początku XX w. W: Czasopiśmiennictwo XIX i początków XX wieku jako źródło do historii edukacji. Red. I Michalska, G Michalska, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2010; 3: 223–233.
9. Matuszewska E. Sytuacja społeczna i zawodowa położnych na przełomie XIX i XX wieku – zakres obowiązków. W: Zarys historii zawodu położnej, Wydawnictwo REA 2012; IV.
10. Lewandowski S. Dzieje ruchu zawodowego pracowników służby zdrowia. Warszawa 1970.
11. Moraczewska B. Kształcenie położnych w Polsce z uwzględnieniem szkoły medycznej we Włocławku. Krótki rys historyczny Zeszyty Naukowe Zbliżenia Cywilizacji, Rocznik 2014, tom X, numer 1: 335–357.
12. Dz. U. P.P. nr 14 poz. 184.
13. Matuszewska E. Działalność zawodowa i społeczna położnych w okresie międzywojennym (1918–1939). W: Zarys historii zawodu położnej, Wydawnictwo REA 2012; V.
14. Dz. U. P.P. nr 63 poz. 371.
15. Dz. U. R.P. nr 34, poz. 316.
16. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 2 maja 1929 r. zawierające instrukcje dla położnych. Monitor Polski 1929; 185:1–2.
17. Matuszewska E. Nauka i praca położnych w okresie okupacji i pierwszym dwudziestoleciu powojennym. W: Zarys historii zawodu położnej, Wydawnictwo REA 2012; VI.
18. Kawczyńska M, Leszczyńska S. Pielęgniarka i Położna 1983; 4: 27–28.
19. Dz. U. z 1945r. Nr 55, poz. 434.
20. Dz. U. z 1949r. Nr 58, poz. 54.
21. Dz. U. z 1949r. Nr 61, poz. 483.
22. Mały Rocznik Statystyczny 1968.
23. Dz. Urz. Min. Zdr. z 1955r. Nr 13 poz. 76.
24. Dz. U. z 1943r. Nr 5, poz. 41.
25. Matuszewska E. Położnictwo na przełomie XX i XXI wieku. W: Zarys historii zawodu położnej, Wydawnictwo REA 2012; VII.
26. Jania H. Sekcja Położnych przy PTG, „Pielęgniarka i Położna”, 1978, s. 12–15.
27. Iwanowicz-Palus G. Historia powstania Kierunku Położniczego na Wydziale Pielęgniarskim Akademii Medycznej w Lublinie. „Alma Mater”, 1997, 3(24) s. 37–38.

Zaakceptowano do edycji: 20.02.19
Zaakceptowano do publikacji: 27.03.19

Adres do korespondencji:

Agnieszka Smerdka
Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa
ul. Jackowskiego 41
60-512 Poznań
tel.: 603 273 630
e-mail: agasmerdka@wp.pl

SPRAWOZDANIE Z III OGÓLNOPOLSKIEJ KONFERENCJI PN. „EWIDENCJA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PODSTAWĄ BEZPIECZEŃSTWA PRAWNO-FINANSOWEGO PLACÓWKI MEDYCZNEJ”

*REPORT FROM THE 3RD NATIONAL CONFERENCE "RECORDS OF HEALTH CARE AS THE BASIS
OF SECURITY LEGAL AND FINANCIAL MEDICAL FACILITY"*

Michał Chrobot¹, Agnieszka Strzelecka², Kamila Kocańda³, Ewa Cieślik-Majchrzak²,
Stanisław Gózdź⁴, Grażyna Nowak Starz²

¹Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach, Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych

²Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, Świętokrzyski Oddział Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego

³Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, Świętokrzyski Oddział Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego
oraz Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych

⁴Świętokrzyskie Centrum Onkologii, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.10>

STRESZCZENIE

Trzecia Ogólnopolska Konferencja pn. „Ewidencja świadczeń zdrowotnych podstawą bezpieczeństwa prawnofinansowego placówki medycznej” odbyła się w Kielcach w dniach 14–15 maja 2018 r. Organizatorami konferencji byli: Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, Świętokrzyski Oddział Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego oraz Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych.

Dwudniowa konferencja zgromadziła około 160 osób reprezentujących wszystkich interesariuszy systemu ochrony zdrowia w Polsce, w tym przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, szpitali klinicznych, wojewódzkich, powiatowych czy onkologicznych oraz badaczy i ekspertów zewnętrznych z zakresu organizacji, zarządzania, ekonomiki ochrony zdrowia, prawa medycznego oraz zdrowia publicznego.

Program, podzielony na bloki tematyczne, obejmował wystąpienia dotyczące planowanych zmian w organizacji systemu opieki zdrowotnej w Polsce (m.in. sieci szpitali z punktu widzenia placówek z różnych poziomów oraz płatnika, opieki kompleksowej czy jakości w ochronie zdrowia), polityki lekowej i dotyczącej wyrobów medycznych, taryfikacji świadczeń, rachunkowości zarządczej i rachunku kosztów w szpitalach, bezpieczeństwa pacjentów, elektronicznej dokumentacji medycznej oraz praktycznych aspektów kontraktowania i rozliczania świadczeń w poszczególnych rodzajach świadczeń. Na koniec każdego z bloków odbywała się dyskusja panelowa z możliwością zadawania pytań z sali.

Konferencja pozwoliła na wymianę opinii i doświadczeń powstałych po wprowadzeniu ryczałtu systemu zabezpieczenia. W jej trakcie poszukiwano rozwiązań optymalnych dla wszystkich interesariuszy systemu opieki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem pacjenta oraz przy założeniu paradygmatu zapewnienia im odpowiedniego dostępu do świadczeń zdrowotnych, co było celem ustawodawcy na etapie reformy systemu ochrony zdrowia.

Słowa kluczowe: system opieki zdrowotnej, sieć szpitali, kształcenie kadr medycznych.

ABSTRACT

The Third National Conference entitled "Records of the health services as the basis of legal and financial security of a medical facility" was held in Kielce on May 14-15, 2018. The event was organized by: the Holy Cross Cancer Centre, the Faculty of Medicine and Health Sciences of Jan Kochanowski University, the Polish Public Health Association division in Kielce, and the Polish Society of Medical Coders.

The two-day conference gathered about 160 guests representing all the participants of the health care system in Poland, including the representatives of the Ministry of Health, National Health Fund, hospitals of all levels as well as external researchers and experts in the field of organization, management, health care economics, law medical and public health.

The program, divided into thematic blocks, included speeches on planned changes in the organization of the healthcare system in Poland (among others: hospitals network from the perspective of different entities and the payer, comprehensive care or health care quality), drugs and medical products policy, tariffs of healthcare benefits, management accounting and cost accounting in hospitals, patient safety, electronic medical records and practical aspects of contracting and settlement of healthcare benefits. At the end of each thematic block there was a panel discussion with the questions from the audience.

The participants of the conference had a chance to exchange their opinions and experiences arising after the implementation of a lump sum healthcare system. Optimal solutions of common healthcare system problems were sought, with particular consideration of patients and assuming that there is a paradigm to provide them with an adequate access to health services, which was the goal of the legislator at the stage of the reform of the Polish healthcare system.

Keywords: healthcare system, a network of hospitals, training of medical personnel.

Trzecia Ogólnopolska Konferencja pn. „Ewidencja świadczeń zdrowotnych podstawą bezpieczeństwa prawno-finansowego placówki medycznej” odbyła się w Kielcach, w dniach 14-15 maja 2018 r. Organizatorami konferencji byli: Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, Świętokrzyski Oddział Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego oraz Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych.

Patronat nad konferencją objęli: Wojewoda Świętokrzyski, Marszałek Województwa Świętokrzyskiego, Rektor Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach, konsultant krajowy ds. zdrowia publicznego, Prezes Ogólnopolskiego Zrzeszenia Publicznych Centrów i Instytutów Onkologii, Prezes Polskiego Towarzystwa Telemedycyny i e-Zdrowia, Przewodniczący Oddziału Wielkopolskiego Polskiego Towarzystwa Zdrowia Publicznego, Dziekan Rady Okręgowej Izby Radców Prawnych w Kielcach oraz Prezes Okręgowej Rady Lekarskiej Świętokrzyskiej Izby Lekarskiej.

W ramach konferencji powołano komitet naukowy (przewodnicząca: dr hab. n. hum. Grażyna Nowak-Starz prof. UJK, wiceprzewodniczący: dr hab. n. med. Stanisław Gózdź, prof. UJK i dwudziestu członków) oraz komitet organizacyjny (przewodniczący: dr n. o zdr. Michał Chrobot, wiceprzewodnicząca: dr n. praw. Kamila Kocańda, sekretarz: dr n. o zdr. Agnieszka Strzelecka oraz siedmiu członków).

Dwudniowa konferencja zgromadziła około 160 osób, reprezentujących wszystkich interesariuszy systemu ochrony zdrowia w Polsce, w tym przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, szpitali klinicznych, wojewódzkich, powiatowych czy onkologicznych oraz badaczy i ekspertów zewnętrznych z zakresu organizacji, zarządzania, ekonomiki ochrony zdrowia, prawa medycznego oraz zdrowia publicznego.

Program, podzielony na bloki tematyczne, obejmował wystąpienia dotyczące planowanych zmian w organizacji systemu opieki zdrowotnej w Polsce (m.in. sieci szpitali z punktu widzenia placówek z różnych poziomów oraz płatnika, opieki kompleksowej czy jakości w ochronie zdrowia), polityki lekowej i dotyczącej wyrobów medycznych, taryfikacji świadczeń, rachunkowości zarządczej i rachunku kosztów w szpitalach, bezpieczeństwa pacjentów, elektronicznej dokumentacji medycznej oraz praktycznych aspektów kontraktowania i rozliczania świadczeń w poszczególnych rodzajach świadczeń. Na koniec każdego z bloków odbywała się dyskusja panelowa z możliwością zadawania pytań z sali.

W ramach pierwszej części plenarnej prezentowane były wystąpienia dotyczące między innymi systemu prio-

rytetów dla regionalnej polityki zdrowotnej – doświadczenia województwa świętokrzyskiego, ocena wprowadzenia sieci szpitali z perspektywy placówek z Ogólnopolskiego Zrzeszenia Publicznych Instytutów i Centrów Onkologii oraz ZOZ w Pińczowie, wykonania ryczału PSZ, efektów zmian wprowadzanych w systemie sprawozdawczo-rozliczeniowym w 2017 r.

W dyskusji ekspertów udział wzięli: pani Bogumiła Niziołek z Urzędu Wojewódzkiego w Kielcach, pani Małgorzata Kiebzak – Dyrektor Świętokrzyskiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ, pan Daniel Rutkowski z Centrali NFZ oraz pan Bartosz Stemplewski z ZOZ w Pińczowie. Rolę moderatorów pełnili: dr n. praw. Kamila Kocańda oraz dr n. o zdr. Michał Chrobot.

W wyniku przedstawionych wystąpień oraz w toku dyskusji uznano, że sieć szpitali nie rozwiązała wielu problemów placówek medycznych i wymaga kompleksowej weryfikacji i oceny. Jednakże w związku ze zbyt krótkim okresem obowiązywania z jej wykonaniem należy poczekać do zamknięcia minimum I półroczu 2018 r. Uczestnicy potwierdzili fakt, iż weryfikacji wymaga poziom zwiększania przez NFZ kontraktów w kolejnych okresach rozliczeniowych (w placówkach realizujących nadwykonania), jak również wykaz świadczeń wymagających odrębnego finansowania (przeniesienie świadczeń udzielanych w trybie nagłym i pilnym z ryczału PSZ do finansowania fee for service, w tym szczególnie świadczeń w oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii czy centrów urazowych).

Druga część plenarna objęła wystąpienia dotyczące problemów taryfikacji, korzyści z analizy kosztów i taryfikacji dla systemu oraz zarządzających szpitalami, skutecznego zarządzania kosztami w warunkach sieci czy analizy decyzji inwestycyjnych w podmiocie leczniczym. Panel dyskusyjny został poprowadzony przez panią dr hab. Monikę Raulinajtys-Grzybek.

Wskazano na stale rosnącą rolę kosztów funkcjonowania podmiotu leczniczego w kontekście efektywności finansowej w jego zarządzaniu. Zwrócono uwagę na obowiązujące regulacje prawne, które przewidują współodpowiedzialność podmiotu tworzącego za sytuację ekonomiczną samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, czyniąc zobowiązanym do pokrycia ich ewentualnej straty netto, a przez to zainteresowanego bilansowaniem się placówek tej kategorii. Wyraźnie wskazano na powinność modyfikacji procesów zarządczych z uwagi na zmiany systemowe, w wyniku których stały poziom przychodu w ramach ryczału skutkuje koniecznością redukcji kosztów w procesie organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych.

W trzeciej części omawiano tematykę związaną z e-zdrowiem w Polsce, planami wprowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej (EDM), kierunków zmian w zakresie EDM czy wytycznych dotyczących Rozporządzenia Ogólnego o Ochronie Danych Osobowych (RODO). Panel dyskusyjny został poprowadzony przez panią dr n. o zdr. Agnieszkę Strzelecką z udziałem przedstawiciela Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (CSIOZ) oraz świadczeniodawców.

Zwrócono uwagę na szczególną rolę nowych regulacji dotyczących ochrony danych osobowych w praktyce funkcjonowania placówek służby zdrowia. Po raz kolejny podkreślano rolę dokumentacji medycznej w procesie oceny prawidłowości udzielania świadczeń zdrowotnych zarówno z perspektywy odpowiedzialności kontraktowej wobec NFZ, jak też deliktowej – wobec pacjenta. Rozważano skutki finansowe obowiązku informatyzacji w zakresie przewidzianym w aktualnie obowiązujących przepisach prawa. Zapoznano się ze stanem przygotowania organów odpowiedzialnych za implementację procesów informatycznych do wdrożenia nowych rozwiązań organizacyjnych i systemowych.

Czwartą część plenarną zdominowały wystąpienia dotyczące bezpieczeństwa i jakości, w tym: zbiorowe prawa pacjenta, bezpieczeństwo pacjenta w szpitalu z perspektywy opieki pielęgniarskiej, kulturę zgłaszania zdarzeń niepożądanych, naruszenia praw ubezpieczonych w świetle skarg kierowanych do NFZ czy e-marketing w ochronie zdrowia.

Uczestnicy konferencji wymieniali doświadczenia dotyczące zagadnień związanych z zapewnieniem świadczeń opieki zdrowotnej odpowiedniej jakości (bezpiecznych dla pacjenta). Analizowano również konsekwencje prawne oraz organizacyjne naruszenia praw pacjenta stypizowanych w dotyczącej tych praw ustawie lub przysługujących z mocy prawa, a zatem w ramach regulacji znajdujących się także w innych ustawach systemowych w dziedzinie ochrony zdrowia. Skutki prawne naruszenia praw pacjenta analizowano w kontekście roszczeń indywidualnych oraz odpowiedzialności kontraktowej wobec płatnika świadczeń gwarantowanych. Dyskutowano na temat planowanych regulacji prawnych dotyczących Serious Adverse Events. Zwrócono uwagę na problem braku uregulowań systemowych dotyczących zgłaszania zdarzeń niepożądanych występujących podczas udzielania świadczeń medycznych.

Przed rozpoczęciem obrad w drugim dniu konferencji odbyła się sesja plakatowa, podczas której zaprezentowano pięć prac.

Drugi dzień konferencji uświetniło wystąpienie pani Józefy Szczurek-Żelazko, Sekretarza Stanu Ministerstwa

Zdrowia RP, która omówiła działania podejmowane przez resort w celu przeciwdziałania brakowi kadr medycznych w Polsce. Wskazano wiele rozwiązań dotyczących zwiększania liczby profesjonalistów medycznych na rynku, pomysły na zatrzymanie absolwentów w kraju oraz odciążenie lekarzy czy pielęgniarek od pracy administracyjno-technicznej, poprzez planowane usankcjonowania w systemie zawodów pomocniczych, takich jak asystent lekarza, koder medyczny czy sekretarka medyczna. W opinii Ministerstwa Zdrowia część opieki nad pacjentem w szpitalu mogłoby przejść opiekunowie medyczni.

Tematykę kształcenia kontynuowano w ramach piątej sesji plenarnej, gdzie zaprezentowano wystąpienia dotyczące kształcenia studentów medycyny w Kielcach, wykorzystanie modeli logitowych w określaniu przyczyn odchożenia pielęgniarek od zawodu czy potrzeby kształcenia w zawodzie koodera medycznego. W oparciu o analizy demograficzne wykonywania zawodów medycznych prezentowane zarówno w dokumentach ogólnopolskich, jak i regionalnych na tle starzenia się społeczeństwa wskazano na pilną potrzebę realizacji przyjętych założeń polityki państwa w tym poprawy funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

Kolejny z paneli obejmował tematykę polityki lekowej oraz polityki w zakresie wyrobów medycznych. Zaprezentowano doświadczenia walki o leczenie polskich pacjentów, stan aktualnej polityki państwa w odniesieniu do gospodarki wyrobami medycznymi czy problematykę rozliczania świadczeń w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowej.

Zidentyfikowano najbardziej istotne elementy polityki lekowej oraz wskazano na najbardziej newralgiczne obszary, wymagające w tym zakresie interwencji ustawodawcy. Wykazano istotną rolę produktów leczniczych jako świadczeń zdrowotnych rzeczowych, będących istotną finansowo składową szerszego pojęcia świadczeń opieki zdrowotnej. Rozważano kwestię zgodności z aktualną wiedzą medyczną wyrobów medycznych, prezentujących różną jakość i cenę. Debatowano o prawie pacjenta do leczenia przy wykorzystaniu dostępnych środków w kontekście powinności płatnika finansowania procedur medycznych nie znajdujących się w koszyku świadczeń gwarantowanych.

Ostatnie dwie sesje zdominowały wystąpienia praktyków dotyczące realizacji i rozliczania świadczeń w ramach sieci szpitali: za i przeciw rozszerzeniu zakresu świadczeń w ramach podstawowej sieci zabezpieczenia, szanse i zagrożenia w rozszerzaniu oferty świadczonych usług szpital w PSZ, zmian w kontraktowaniu świadczeń, kompleksowej opieki nad pacjentem po zawale mięśnia sercowego (KOS-zawał), rozliczania badań genetycznych,

problemów rozliczeniowych na przykładzie szpitala w sieci, rosnącej roli Systemu Monitorowania Programów Terapeutycznych w ochronie zdrowia oraz wpływu zmian legislacyjnych obowiązujących w II półroczu 2017 r. na wykonanie pakietu onkologicznego na Dolnym Śląsku.

Dokonano podsumowania dotychczasowych doświadczeń powstałych po wprowadzeniu ryczaftu systemu zabezpieczenia, co umożliwiło wymianę poglądów oraz synergię eksperyencji. Poszukiwano rozwiązań optymalnych dla wszystkich interesariuszy systemu opieki zdrowotnej, ze szczególnym uwzględnieniem świadczeniobiorcy oraz przy założeniu paradygmatu zapewnienia im odpowiedniego

dostępu do świadczeń zdrowotnych, co było celem ustawodawcy na etapie reformy systemu ochrony zdrowia.

Po dyskusji zamknięto konferencję.

Zaakceptowano do edycji: 20.02.19
Zaakceptowano do publikacji: 27.03.19

Adres do korespondencji:

Michał Chrobot
Świętokrzyskie Centrum Onkologii w Kielcach,
Polskie Towarzystwo Koderów Medycznych
ul. Artwińskiego 3
25-734 Kielce
tel.: +48 660-750-793
e-mail: michal.chrobot@onkol.kielce.pl

TERAPIA ZAJĘCIOWA JAKO UZUPEŁNIENIE PROCESU WCZESNEJ INTERWENCJI TERAPEUTYCZNEJ DZIECI Z ZESPOŁEM WILLIAMSA-BEURENA

OCCUPATIONAL THERAPY, AS A SUPPLEMENT TO THE EARLY THERAPEUTIC INTERVENTION OF CHILDREN WITH THE WILLIAMS-BEUREN SYNDROME

Sabina Siwiec¹, Wojciech Strzelecki²

¹ Katedra Geriatrii i Gerontologii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

² Katedra i Zakład Psychologii Klinicznej, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.11>

STRESZCZENIE

Zespół Williamsa jest rzadkim zaburzeniem genetycznym spowodowanym mutacją w długim ramieniu jednego z chromosomów siódmej pary – 7q11.23 i występuje z częstością 1:20 000 urodzeń. Dotknięte nim dzieci różnią się od siebie, lecz posiadają pewne wspólne cechy kliniczne, jak na przykład: nadzastawkowe zwężenie aorty, niedoczynność tarczycy, hiperkalcemia czy upośledzona kontrola ruchów precyzyjnych. Oprócz tych patologii dzieci mają charakterystyczne rysy twarzy przypominające baśniowe elfy, jednak najbardziej wyróżnia je zamiłowanie do muzyki oraz zdolności językowe. Terapia zajęciowa u dzieci z zespołem Williamsa może stanowić uzupełnienie wczesnej interwencji terapeutycznej oraz spełniać funkcję diagnostyczną, informacyjną, wspierającą, stymulacyjno-terapeutyczną.

Słowa kluczowe: zespół Williamsa-Beurena, terapia zajęciowa, wczesna interwencja terapeutyczna.

ABSTRACT

Williams syndrome is a rare genetic disorder that is caused by a mutation in the long arm of one of the seventh pair chromosomes – 7q11.23 and occurs in 1 in 20,000 births. Affected children differ from each other, but have some common clinical features, such as: supravalvular stenosis of the main artery – aorta, hypothyroidism, hypercalcemia, or impaired control of precise movements. In addition to these ailments, children have characteristic facial features resembling fairytale elves, but they are most distinguished by love for music and language skills. Occupational therapy may be a supplement to early therapeutic intervention and fulfill a diagnostic, information, support, stimulation and therapeutic function.

Keywords: Williams-Beuren Syndrome, occupational therapy, early therapeutic intervention.

Wstęp

Najważniejszymi osiągnięciami w życiu człowieka są nauka języka ojczystego, który pozwala na stworzenie relacji międzyludzkich i rozwój zdolności myślenia oraz rozumowania. Umiejętności te stanowią podstawową bazę do rozwoju w następnych latach życia człowieka [1].

Jednak dzieci z niepełnosprawnością wynikającą z nieprawidłowego funkcjonowania układu nerwowego lub zdiagnozowanej choroby genetycznej już na starcie drogi życiowej wymagają większej uwagi, stymulowania rozwoju psychomotorycznego oraz pomocy nie tylko ze strony rodziców, ale również specjalistów różnych dziedzin, aby móc zbliżyć się do podjęcia relacji społecznych [2].

Cytowska [3] uważa, że stymulację rozwoju dziecka niepełnosprawnego lub zagrożonego niepełnosprawnością należy zacząć jak najwcześniej. Umożliwia to zahamowanie wielu nieprawidłowości o postępującym przebiegu bądź całkowite zatrzymanie niekorzystnych zmian wynikających z niepełnosprawności już we wczesnym

dzieciństwie. Badania potwierdziły, iż uczenie się związane z rozwojem dziecka jest łatwiejsze we wczesnych fazach wzrastania. Stąd wczesna interwencja umożliwia skuteczniejsze wspomaganie rozwoju, a zaniedbania w tym zakresie niezwykle trudno jest nadrobić w okresach późniejszych, z uwagi na okresy sensorytywne i krytyczne [3].

Zespół Williamsa-Beurena po raz pierwszy został zdiagnozowany w 1961 roku [4]. Jest rzadkim zaburzeniem o podłożu neurorozwojowym, wywołanym mikrodelecją w obrębie siódmego chromosomu (7q11.23), którą można wykryć metodą FISH (*fluorescent in situ hybridization*) [5]. Dzieci z zespołem Williamsa charakteryzują się nadzastawkowym zwężeniem aorty (*supravalvular aortic stenosis*, SVAS), dysmorfia twarzy, niepełnosprawnością intelektualną, niedoborem hormonu wzrostu, anomaliaми układu mięśniowo-szkieletowego, przepukliną pachwinową, czy zaburzeniami związanymi z przewodem pokarmowym [6]. Ponadto od początku ontogenezy przejawiają zaburzenia

funkcji organicznych oraz trudności w zaadaptowaniu się do otoczenia [7].

Społeczna integracja dzieci z niepełnosprawnością jest bardzo ważnym elementem w procesie wspierania prawidłowego rozwoju dziecka. Realizowana jest na płaszczyźnie struktur formalnych życia społecznego (żłobek, przedszkola, szkoły) oraz nieformalnych (podwórko, plac zabaw) [8]. Jednak, aby doszło do interakcji społecznej, dziecko musi zostać przygotowane przez rodziców do tego rodzaju relacji międzyludzkich.

Każdy terapeuta odpowiedzialny jest za tworzenie warunków dla integracji społecznej dziecka z niepełnosprawnością w strukturach życia społecznego. Należą do nich środowisko rodzinne oraz lokalne grupy społeczne, w których dominują wzajemne więzi i kontakty mające spontaniczny charakter, rozwijające się i przebiegające w sytuacjach naturalnych [8]. Zajęcia dydaktyczne prowadzone przez terapeutę pozwalają dziecku z niepełnosprawnością zdobyć narzędzia, które może następnie wykorzystać jako element komunikacji z rówieśnikiem lub opiekunem.

Celem pracy jest określenie roli terapii zajęciowej jako elementu rehabilitacji społecznej w rozwoju dziecka z zespołem Williamsa.

Badanie, oparte na metodzie obserwacji swobodnej [9, 10, 11] przeprowadzono w domu 30-miesięcznej dziewczynki z zespołem Williamsa. Dziecko z ciąży zagrożonej, z masą urodzeniową 2320 gram. Po urodzeniu rozpoznano SVAS i w 28. miesiącu życia przeprowadzono zabieg poszerzenia SVAS. Po otrzymaniu zgody rodziców na przeprowadzenie obserwacji badacz mógł przystąpić do zajęć z dziewczynką i terapeutką. Narzędziem badawczym był kwestionariusz obserwacji (**Rycina 1**), który został podzielony na 2 części. W pierwszej autor kwestionariusza skupił się na charakterystyce przestrzeni edukacyjnej dziecka: wyposażenie pomieszczenia, kolorystyka, oświetlenie oraz wielkość pokoju, ustawienie mebli i pomocy edukacyjnych, a także wyposażenie dodatkowe jak: zabawki, obrazy.

Druga część arkusza dotyczyła zajęć z terapeutką i została podzielona na następujące podgrupy: ogólne wrażenie, pierwszy kontakt z obserwatorem, zachowanie dziecka podczas prowadzenia terapii, reakcja dziecka na polecenia pedagoga – stosunek do niego, obecność rodziców podczas prowadzenia terapii, zagospodarowanie czasu (przywitanie, terapia, zakończenie) oraz uwagi dodatkowe. Łączny czas obserwacji wynosił 120 minut: 10 minut trwało zapoznanie się z dzieckiem, w tym przedstawienie się i nawiązanie kontaktu przed rozpoczęciem zajęć, 70 minut terapia, 30 minut zabawa oraz 10 minut pożegnanie z dzieckiem, a także z mamą i terapeutką.

67

DATA SPOTKANIA:

GABINET REHABILITACYJNY		
WYPOSAŻENIE REHABILITACYJNE	PIERWSZE SPOJRZENIE	WYKORZYSTANIE W TERAPII
KOLORYSTYKA		
OŚWIETLENIE/WIELKOŚĆ POMIESZCZENIA/ USTAWIENIE		
WYPOSAŻENIE DODATKOWE (obrazy, sprzęt TV, zabawki)	PIERWSZE SPOJRZENIE	WYKORZYSTANIE W TERAPII
TERAPIA		
OGÓLNE WRAŻENIE		
PIERWSZY KONTAKT (przywitanie z obserwatorem)		
REAKCJA DZIECKA NA OBECNOŚĆ OBSERWATORA PODCZAS ĆWICZEŃ		
ZACHOWANIE PODCZAS PROWADZENIA TERAPII (zastosowane metody fizjoterapeutyczne)	METODY TERAPEUTYCZNE (ćwiczenia)	ZACHOWANIE DZIECKA I FIZJOTERAPEUTY
REAKCJA DZIECKA NA POLECENIA TERAPEUTY (stosunek)		
OBECNOŚĆ RODZICÓW		
ZAGOSPODAROWANIE CZASU przywitanie terapia zakończenie	CZAS	CZYNNOŚCI, KTÓRE PRZEDŁUŻYŁY CZAS
UWAGI DODATKOWE		

Rycina 1. Kwestionariusz obserwacji

Źródło: Opracowanie własne na potrzeby badania

Miejsce do nauki

Mieszkanie posiada trzy oddzielne pokoje – jeden jest wyłącznie do dyspozycji dziewczynki. Znajduje się tam małe, metalowe łóżko z kolorową pościelą, sosnowa meblościanka wypełniona kolorowymi zabawkami, mała kuchenka do zabawy oraz dwa łóżka i siedzenie dla lalek, różowa piłka do skakania oraz na środku duży dywan, a na ścianie obrazki z postaciami z bajki *Kubuś Puchatek i Przyjaciele*. Pokój jest jasny – na wprost drzwi jest duże okno, ściany pomalowane są na kolor jasnoróżowy. Obok pokoju dziecka umiejscowiona jest sypialna rodziców, gdzie odbywają się zajęcia z terapeutką. Pod dużym oknem ma do dyspozycji rattanowe jasne krzesło z oparciem, jasny kwadratowy stół z przygotowanymi planszami i grammi, a pod ścianą znajdują się pomoce edukacyjne, takie jak kolorowe klocki, czytanki, patyki, gry edukacyjne, obrazki, książki oraz różowy nocnik grający po załatwieniu przez dziewczynkę potrzeby fizjologicznej. Miejsce ograniczone jest jasnożółtym miłym w dotyku dywanem.

Zajęcia terapeutyczne

Kiedy obserwator wszedł do mieszkania, terapeutka przygotowywała się do przeprowadzenia zajęć. Dziewczynka przywitała obserwatora w przedpokoju, podeszła, podała mu rękę i pokazała swój pokój. Dziewczynka została posadzona na krześle przez terapeutkę, która następnie usiadła na dywanie i poprosiła o pożegnanie się z mamą. Dziecko przesłało całusa, zrobiło *papa*, a mama opuściła pokój.

Terapeutka pokazała dziewczynce dwie drewniane układanki, aby mogła ona sama wybrać. Wskazała nierozpakowaną grę, której motywem przewodnim był *podwodny świat*. Uczestniczyła w rozpakowywaniu jej z folii – chwyciła za drewniany element i wyciągała z przytwierdzonego do niego opakowania. Terapeutka opisała słownie układankę, po kolei chwytając elementy i przedstawiając dziecku każdy z osobna. Zadaniem dziewczynki było dopasowanie odpowiednich elementów (zwierzęta morskie oraz nurka) do wyłobionego miejsca zlokalizowanego na planszy. Pierwszym była postać *rekina*, z którym dziewczynka poradziła sobie po kilku minutach przy pomocy terapeutki – wskazała miejsce oraz pomogła obrócić element tak, by pasował do planszy. Następny fragment przedstawiał *nurka* – po wskazaniu przez terapeutkę odpowiedniego miejsca, dziewczynka sama dopasowała element. *Ośmiornicę* przyporządkowała za pomocą eliminacji. Zaczęły pojawiać się już emocje – dziewczynka zaczęła *marudzić* i powoli się denerwować, ale terapeutka nie dawała za wygraną i naprowadzała ją w następujący sposób: (...) *skoro tu nie pasuje, tu nie pasuje i tu nie pasuje, to gdzie jeszcze nie próbowałaś?*, i po kilku powtórze-

niach dziewczynka umieściła ośmiornicę w prawidłowym miejscu. Przy ostatnich trzech elementach (*rak, zielona i fioletowa rybka*) dziewczynka zaczęła się denerwować, a na sam koniec zaczęła płakać. Terapeutka uspokajała ją mówiąc: *Próbuj, próbuj, nic ci się nie dzieje. Popatrz do brzo, gdzie jeszcze mamy puste miejsca?*, następnie wskazywała każde miejsce po kolei i pomagała jej dopasować poszczególne części. Potem zapytała dziewczynkę o to, czy chce zrobić *siusiu*, aby posadzić ją na nocnik – podczas prowadzonych zajęć czynność ta została wykonana 9 razy, tylko raz dziecko oddało mocz do różowego nocnika. W tym czasie terapeutka chciała pokazać jej książkę, ale dziewczynka odmawiała i nie okazywała żadnego zainteresowania.

Terapeutka posadziła z powrotem dziecko na krześle, wzięła do ręki kolorowe patyki, wybierając z nich dwa kolory: czerwony i niebieski. Część patyków zostawiła w pudełku pogrupowanych na dwóch końcach, a część wyjęła z pudełka. Zadaniem dwulatki było powtórzenie nazwy zaprezentowanego przez terapeutkę patyka i włożenie go do odpowiedniego sektora z resztą patyczków tego samego koloru. Dziewczynka wykonała to ćwiczenie prawidłowo, ale pod koniec zaczynała się już denerwować i nie skupiała uwagi na wykonaniu zadania.

Aby uspokoić nerwową sytuację, terapeutka zapytała dziewczynkę, czy porozmawia z nią trochę i wzięła do ręki książeczkę, w której przedstawione były osoby wykonujące poszczególne czynności. Zadanie zaczynała od następującego zdania: *Co robi dziewczynka/chłopiec?* Tutaj zwracała uwagę na wymowę dziecka, wypowiadając poszczególne słowa sylabami: *ba-wi, wy-ci-na, my-je, ką-pie, pły-wa*, powtarzając kilka razy, do momentu aż dwulatka prawidłowo je wypowiedziała.

Kolejnym rekwizytem było zielony tamburyn. Dziewczynka zaczęła się uspokajać, uderzała w instrument otwartą i zaciśniętą pięścią oraz powtarzała po terapeutce słowo: *bębenek*, zmieniając je na: *bam-bam*. Była przy tym bardzo skupiona i uśmiechnięta – nie było widać śladu po zdenerwowaniu, które miało miejsce wcześniej.

Terapeutka wykorzystała dobre samopoczucie dziewczynki i rozpoczęła zabawę *Zrób tak...* Terapeutka dotykała poszczególnych części swojego ciała początkowo dwoma rękoma, a następnie zmieniła sposób pokazywania na jedną rękę. Zadaniem dziecka było powtórzenie wykonanej pozycji w lustrzanym odbiciu. Dziewczynka nie zauważyła początkowo zmiany z oburącz na jedną rękę, ale gdy terapeutka zwróciła jej uwagę, że nie tak pokazała – od razu się poprawiła.

Następne ćwiczenie polegało na powtarzaniu poszczególnych słów, jak: buduje, całuje, czyta, daje, gotuje,

gra, idzie, je, jedzie. W tym czasie terapeutka posadziła dziewczynkę na nocnik i powiedziała jej, że jeżeli zrobi siusiu, to w nagrodę zaśpiewają piosenkę. Aby rozluźnić dziecko, terapeutka kontynuowała zadanie, w którym dla dziewczynki największym problemem stało się powtórzenie słów: *buduje* oraz *całuje*. Podczas wykonywania tego ćwiczenia dziewczynka oddała mocz do nocnika – poinformowała o tym muzyka, za co otrzymała nagrodę: brawa, pochwały oraz mogła razem z terapeutką zaśpiewać piosenkę, w tym wypadku była to gama *La, La, La* z każdym dźwiękiem śpiewana wyżej. Następnie powtórzyła tę samą gamę zastępując ją literką *A*, później mruczeniem *Mmm, Mmm, Mmm...* W trakcie śpiewania dziewczynka uśmiechała się, była zadowolona, radosna.

Kolejne ćwiczenie polegało na dopasowaniu kolorowych klocków do pudełka. Elementy były w kształcie prostopadłościanów, w których podstawą były: kwadrat, trójkąt równoboczny, pięciokąt równoboczny. Dziewczynka nie miała problemów z włożeniem do pudełka walca, natomiast resztę figur musiała starannie dopasowywać. Przy prostopadłościanie o podstawie trójkąta zaczęła się denerwować, a przy elemencie, którego podstawą był pięciokąt zaczęła płakać. Dziewczynkę uspokoiło potrząśnięcie przez terapeutkę pudełkiem, gdyż wydało ono wtedy dość głośny dźwięk.

Później terapeutka poprosiła dziecko o wybranie czerwonego kubka z zaprezentowanej pary: czerwony – czarny, czerwony – zielony. Każdy zestaw był powtarzany dwa razy, za każdym razem było zmienione położenie rekwizytu – raz po prawej, raz po lewej stronie dziewczynki. Dwulatka zawsze wybrała właściwy kolor. W dalszej części tego samego ćwiczenia terapeutka chciała trochę je zmodyfikować i utrudnić za pomocą dołączenia do zestawu białego kubka. Postawiła 3 elementy na stole w następującej kolejności: biały, zielony, czerwony i obróciła krzesło dziecka w stronę stołu – zamykając przestrzeń dziewczynce. Dziewczynka widząc zmianę umeblowania zaczęła krzyczeć, płakać i nie mogła wykonać zadania. Terapeutka spokojnie w ciszy czekała aż dziewczynka się uspokoi, by ponownie zadać pytanie. Po kilku minutach dwulatka przestała płakać, jednak po ponownym usłyszeniu pytania znowu zaczęła krzyczeć i szlochać, ale po naleganiu terapeutki i jej pomocy, wskazała czerwony kubek.

Po uspokojeniu się dziecka, terapeutka wzięła do ręki dwie szklanki z komody – małą i dużą. Zwróciła się do dziewczynki: *Zobacz (...), co ja tutaj mam... dwie szklanki: małą oraz dużą. Zobacz to jest mała szklanka, a to jest duża*. Później dała dziecku jedną szklankę do potrzymania i zwracała uwagę na jej kształt: *teraz trzymasz małą szklankę...*, następnie zamieniła szklanki jeszcze 3 razy. Na

sam koniec poprosiła dwulatkę o wybranie dużej szklanki. Dziewczynka wybrała odpowiednią szklankę 3 razy z rzędu. Dwulatka była bardzo zaintrygowana tym ćwiczeniem, chętnie brała w nim udział, oglądała dokładnie szklanki, uśmiechała się i z uwagą słuchała terapeutki.

Kolejna zabawa edukacyjna nosiła nazwę: *Co to?* Terapeutka pokazała dziewczynce książkę, w której znajdowały się obrazy zwierząt oraz przedmiotów, zwracając się do niej: *Co się tutaj znajduje?, Co to?* Nazwane miały zostać obrazy, na których znajdowały się następujące elementy: krowa, miś, telefon, buty, pies, bębenek, piłka – każdy element na osobnej kartce. Jeżeli dziewczynka nie знаła nazwy zwierzęcia, terapeutka zadawała pytanie: *Jak robi...?*, zadaniem dziecka było naśladowanie zwierzęcia za pomocą sylab. Zrobiła to zadanie poprawnie, została nagrodzona przez terapeutkę brawami i dostała pozwolenie na objęcie terapeutki i podarowanie jej całusa.

Następnie terapeutka wzięła kolejną książeczkę z obrazkami, na których przedstawione były przedmioty, stany pogody oraz postacie. Dwulatka miała naśladować wydawane przez przedmioty odgłosy, były to: lokomotywa – *fu, fu...*, samochód – *brum, brum...*, zegar – *tik-tak, tik-tak...*, młotek – *stuk, stuk...*, drzwi – *puk, puk...*, dzwonek – *dzyń, dzyń...*, mikołaj – *hoo, hoo...*, deszcz – *kap, kap...*, bębenek – *bum, bum...*

Dziewczynka chętnie wzięła udział w zabawie, sama odpowiadała na niektóre zagadki, jak naśladowanie zegara czy bębna. Inne zaś prawidłowo powtarzała po terapeutce. Za to zadanie otrzymała brawa i pochwałę: *ładnie (...), bardzo ładnie*.

Na sam koniec nauki powtórzone zostało ćwiczenie, które dzisiaj było dla dwulatki nowe: *mała i duża szklanka*, a następnie zmodyfikowane o duży i mały klocek – dziewczynka wykonała je poprawnie, otrzymała całusa od terapeutki, mogła objąć ją za szyję. Na sam koniec weszła mama i również pochwaliła swoją córkę. Zapytała się o ćwiczenia, które sprawiły dziecku problem, co udało się w ogóle zrobić i powiedziała córce, że teraz pójdzie się pobawić z ciocią (terapeutką) do swojego pokoju. Jednak przedtem terapeutka posprzątała razem z dzieckiem pokój, odstawiły przybory edukacyjne na swoje miejsce oraz szklanki i butelki do kuchni.

Następnie terapeutka wraz z dziewczynką poszły do pokoju, aby się pobawić. Obserwator został poproszony przez dziewczynkę o udział w zabawie: gotowanie zupy, *Idzie raczek nieboraczek...*, naprzemiennie śpiewanie do dużego, różowego mikrofonu, rzucanie piłką – dziewczynka uderzała także o nią stopami oraz czesanie dziewczynki szczotką po nogach, rękach. Dwulatka była uśmiechnięta,

zadowolona, aktywnie brała udział w zabawie, turlała się po dywanie oraz biła brawo, dawała piątki i przytulała się.

Dyskusja

Dziecko, które wzięło udział w badaniu, prezentowało cechy charakterystyczne dla zespołu Williamsa: zwężenie obwodowe pnia płucnego oraz wszystkie braki dotyczące niepełnosprawności intelektualnej i opóźnienia rozwojowego, nadrabiane dodatkowymi zajęciami z terapeutami [12]. Najważniejszą częścią całości terapii była cierpliwość, kilkakrotne powtarzanie komend przez terapeutkę tak, aby pacjentka mogła zrozumieć polecenie i prawidłowo wykonywać ćwiczenia, bez negatywnych emocji, w atmosferze spokoju i opanowania. Terapeutka wykorzystywała elementy motywujące do dalszego wykonywania ćwiczenia, jak: *próbuj dalej, patrz na mnie*, a przy prawidłowym wykonaniu zadania nagradzała dziewczynkę brawami, pochwałami, nagrodami (śpiewanie wspólnie piosenki).

Bardzo ważna jest komunikacja pomiędzy terapeutami a rodzicami dziecka. Każda informacja dotycząca interwencji lekarskiej, zdarzenia mogącego mieć jakikolwiek wpływ na zachowanie i zdrowie dziecka jest bardzo istotna dla terapeuty, gdyż może on wziąć to pod uwagę, zmieniając tok zajęć lub podczas wykonywania ćwiczenia domyślać się przyczyny reakcji dziecka i zmodyfikować zadanie lub w ogóle je pominąć. Komunikacja działa również w drugą stronę. Terapeuta informując rodziców o przebiegu zajęć i problemach, które wystąpiły, zwraca uwagę na czynności, które wymagają dodatkowej pracy po zajęciach.

Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi powinno charakteryzować się podejściem interdyscyplinarnym, które umożliwia objęcie dziecka specjalistyczną opieką przy uwzględnieniu roli rodzica/opiekuna [13] oraz wspieranie różnych obszarów jego rozwoju (psychomotorycznego, poznawczego, emocjonalnego, społecznego). W omówionym przypadku interwencji terapeutycznej udział rodzica (mamy) był zminimalizowany, jednak terapeutka udzieliła wszystkich niezbędnych informacji zarówno na temat trudności, jak i postępów dziecka. Przy założeniu, że dla skuteczności oddziaływań terapeutycznych kluczowa jest współpraca rodziców/opiekunów i terapeutów w poznaniu dziecka oraz w realizowaniu terapeutycznych programów wspierania rozwoju, zainteresowanie przebiegiem terapii jest niezwykle istotne [13], chociażby z racji możliwości przeprowadzania niektórych ćwiczeń w warunkach domowych przy dostosowaniu ich poziomu trudności do możliwości dziecka.

Dostosowanie wymagań do możliwości dziecka jest kluczowym elementem oddziaływań terapeutycznych. Stawianie dziecku zbyt wysokich wymagań może wpłynąć

negatywnie na jego poziom zaangażowania i spowodować spadek zainteresowania. Z kolei zadania zbyt łatwe wywołać mogą poczucie nudy, co również obniża zaangażowanie, a co za tym idzie wpływa negatywnie na skuteczność całego oddziaływania terapeutycznego. Według teorii Lwa Wygotskiego, tzw. strefy najbliższego rozwoju, optymalne są dla dziecka zadania na poziomie trudności nieco przekraczającej możliwości samodzielnego wykonania za pierwszym razem, możliwe jednak do realizacji przy pomocy i wsparciu. Unika się tym samym zarówno zadań zbyt prostych, jak i zbyt trudnych. Dziecko więc angażuje się w wykonywane działania na optymalnym poziomie, a jednocześnie zdobywa nowe umiejętności, w miarę zdobywania których strefa najbliższego rozwoju poszerza się, obejmując swym zasięgiem nowe, coraz bardziej złożone zadania [14, 15]. Podczas interwencji terapeutka wprowadzała nowe elementy z należytą starannością, wspierając dziecko w przypadku zadań nowych. Jednocześnie stopniowo podnosiła również stopień trudności proponowanych ćwiczeń.

Wczesne wspomaganie rozwoju powinno spełniać funkcję informacyjną dotyczącą rozwoju dziecka, obejmującą wskazywanie czynników ryzyka i czynników chroniących przed zaburzeniami rozwoju oraz wyjaśnienie ścieżek rozwoju i mechanizmów uczenia się [13]. Funkcja ta głównie odnosi się do współpracy z rodzicami/opiekunami, ale również i z zespołem specjalistów prowadzących równoległe działania terapeutyczne. Prowadzona swobodna obserwacja nie wskazuje na współpracę z zespołem specjalistów zajmujących się dziewczynką, jednak współpraca z rodzicami (w tym przypadku z mamą) w zakresie informacyjnym została zrealizowana.

Kolejna funkcja wczesnego wspierania rozwoju odnosi się do działań o charakterze diagnostycznym, związanym z rozpoznaniem klinicznym i określeniem poziomu funkcjonowania dziecka [13]. Terapeutka, współpracując z dziewczynką, określała możliwości dziecka, wprowadzając jednocześnie nowe elementy, które na końcu utrwałała poprzez powtarzanie.

Funkcja stymulacyjno-terapeutyczna dotyczy prowadzenia wieloprofilowego usprawniania dziecka z zaburzeniami rozwoju [13]. Proponowane przez terapeutkę ćwiczenia obejmowały zarówno wspieranie rozwoju poznawczego (w zakresie poszerzania aparatu pojęciowego i rotacji figur), psychomotorycznego (w zakresie ruchów precyzyjnych) oraz społecznego (poprzez działania wspólne). Można więc stwierdzić, że funkcja stymulacyjno-terapeutyczna została zrealizowana w trakcie zajęć.

Funkcja wspierająca odnosi się do wskazywania mocnych stron dziecka, akcentowania osiągnięć rozwojowych

oraz motywowania i dawania poczucia sensu realizacji działań wspomagających rozwój [13]. Podczas realizowanych zajęć terapeutka dawała dziewczynce wsparcie oraz motywowała ją do dalszych działań poprzez wzmocnienia postępów, co wpływać może na wzrost zaangażowania oraz upatrywanie sensu podejmowanych działań.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Zimbardo PG, Johnson RL, McCann V, Psychologia. Kluczowe koncepcje. Podstawy psychologii, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2012.
2. Twardowski A, Wspomaganie rozwoju dzieci ze złożonymi zespołami zaburzeń, Stowarzyszenie na Rzecz Dzieci z Zaburzeniami Genetycznymi „GEN”, Poznań 2005.
3. Cytowska B. Idea wczesnej interwencji i wspomagania rozwoju małego dziecka. [w:] B. Cytowska, W. Winczura, (red.). Wczesna interwencja i wspomaganie rozwoju małego dziecka, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006, s. 15–26.
4. Sammour ZM, Gomes CM, de Bessa J Jr, Pinheiro MS, Kim CA, Hisano M, Bruschini H, Srougi M. Congenital genitourinary abnormalities in children with Williams-Beuren syndrome, J Pediatr Urol. 2014, 10 (5): s. 804-809. URL: [https://www.jpuro.com/article/S1477-5131\(14\)00043-6/fulltext](https://www.jpuro.com/article/S1477-5131(14)00043-6/fulltext), data wejścia: 20.07.2018r.
5. Ferreira SB, Viana MM, Maia NG, Leão LL, Machado RA, Coletta RD, de Aguiar MJ, Martelli-Júnior H. Oral findings in Williams-beuren syndrome., Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2018, 1; 23(1): s. 1-6. URL: http://www.medicinaoral.com/pubmed/medoralv23_i1_p1.pdf, data wejścia: 20.07.2018r.
6. Kamel A, Manel J, Rania BR, Yousra H, Tahar G. Williams-Beuren syndrome associated with single kidney and nephrocalcinosis: a case report, Pan Afr Med J. 2015, Nov 23 (22): s. 276. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4765342/>, data wejścia: 21.07.2018r.
7. Siomou E, Kosmeri C, Pavlou M, Vlahos AP, Argyropoulou M I, Siamopoulou A. Arterial hypertension during treatment with triptorelin in a child with Williams-Beuren syndrome. Pediatr Nephrol. 2014, 29 (9): s. 1633-1636. URL: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00467-014-2795-6>, data wejścia: 19.07.2018r.
8. Brzezińska AI. Droga do samodzielności. Jak wspomagać rozwój dzieci i młodzieży z ograniczeniami sprawności, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2009.
9. Nowak S. Metodologia badań społecznych, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2011.
10. Łobocki M. Metody i techniki badań pedagogicznych, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2000.
11. Łobocki M. Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych”, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 1999.
12. Burn J. Syndrome of the month Williams Syndrome, Journal of Medical Genetics 1986, 23, s. 389-395. URL: <https://jmg.bmj.com/content/jmedgenet/23/5/389.full.pdf>, data wejścia: 19.07.2018r.
13. Piotrowicz R. Wczesne wspomaganie rozwoju dziecka – kompleksowe wsparcie terapeutyczne dziecka i rodziny. Diagnoza a program, Ośrodek Rozwoju Edukacji, Warszawa 2014. URL: <https://www.ore.edu.pl/uczen-ze-specjalnymi-potrzebami-edukacyjnymi/4356-wczesne-wspomaganie-rozwoju-dziecka-wwwrd>, data wejścia: 10.07.2018r.
14. Stefańska-Klar R. Późne dzieciństwo. Młodszy wiek szkolny [W:] Red. Harwas-Napierała B., Trempała J., Psychologia rozwoju człowieka. Część 2, PWN, Warszawa 2008, s. 130–162.
15. Strzelecki W. Muzykoterapia w pracy z dzieckiem autystycznym. Zasady, metody, stan badań – w stronę muzykoterapii systemowej W: Red. Cylulko P., Gładyszewska-Cylulko J., Muzykoterapia – stałość i zmiana, Akademia Muzyczna im. Karola Lipińskiego, Wrocław 2014, s. 205–234.

Zaakceptowano do edycji: 20.02.19
Zaakceptowano do publikacji: 27.03.19

Adres do korespondencji:

Sabina Siwiec
Pracownia Terapii Zajęciowej
Katedra Geriatrii i Gerontologii
ul. Bukowska 70
60-812 Poznań
tel.: 61 854 73 06
tel.: 604-126-793
fax. 61 854 73 07
e-mail: sabina.siwiec@gmail.com

WYBRANE URAZY PORODOWE JAKO ZDARZENIA NIEPOŻĄDANE

SELECTED LABOR INJURIES AS ADVERSE EVENTS

Joanna Sosnowska, Beata Pięta

Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.12>

STRESZCZENIE

Bezpieczeństwo pacjentów stanowi podstawowy wymiar jakości w polityce zdrowotnej na całym świecie. WHO ostrzega, że zdarzenia niepożądane mogą dotyczyć nawet 10% hospitalizowanych pacjentów. Mechaniczne urazy porodowe to poważny problem położniczy. W ostatnich latach obserwuje się wyraźny spadek ich częstości dzięki wczesnej identyfikacji czynników, które mogą mieć wpływ na stan płodu oraz wybór optymalnego postępowania podczas porodu.

Słowa kluczowe: bezpieczeństwo, zdarzenie niepożądane, noworodek, uraz, poród.

ABSTRACT

Patients' safety is the major constituent element of quality of healthcare system all over the world. WHO warns that undesired incidents might account for up to 10 per cent of hospitalised patients. Mechanical birth injury is a serious problem in obstetrics. In recent years there has been a substantial decrease in the number of cases of birth injury due to early detection of factors which might affect the fetus and due to the choice of the best childbirth procedures.

Keywords: safety, undesired incidents, mechanical injuries, infant, delivery.

72

Wstęp

WHO ostrzega, że zdarzenia niepożądane mogą dotyczyć nawet 10% hospitalizowanych pacjentów. Jest więc prawie pewne, że każdy członek zespołu terapeutycznego zetknie się ze zdarzeniem niepożądanym niejednokrotnie w swej pracy. Zakładając, że każdy z medyków ma odpowiednią wiedzę i doświadczenie zawodowe, stosuje się do współczesnych standardów medycyny klinicznej, postępuje z należytą starannością i zgodnie z logiką oraz przestrzega kodeksu etyki, nie daje to gwarancji całkowitego bezpieczeństwa pacjenta.

Z tej perspektywy system raportowania i analizowania zdarzeń niepożądanych wydaje się idealnym narzędziem utrzymania zadowalającego nas poziomu bezpieczeństwa [1].

Jednym ze zdarzeń niepożądanych w położnictwie są okołoporodowe urazy noworodków, rozpatrywane jako uszkodzenie ciała powstałe w wyniku zabiegu czy procedury medycznej.

Urazem okołoporodowym określamy nieprawidłowy stan noworodka powstały w wyniku porodu [2].

W klasycznym podziale różnicujemy dwie główne grupy urazów: urazy niedotleniowo-niedokrwienne, inaczej określane jako urazy biochemiczne, oraz urazy mechaniczne [3].

Mechaniczne urazy porodowe

Dzięki coraz bardziej zaawansowanej diagnostyce prenatalnej, monitorowaniu płodu przed i w czasie porodu oraz

zwiększeniu się liczby cięć cesarskich uraz okołoporodowy według jednych autorów [4, 5] stwierdza się obecnie u 0,2–0,8% noworodków lub 0,2–2,5% według innych [3].

Ryzyko uszkodzenia płodu jest największe podczas porodu drogami natury wspomaganego użyciem kleszczy lub próżności [2]. Do wystąpienia tego zdarzenia predysponuje również nieprawidłowe położenie płodu oraz wąski kanał rodny czy niewspółmierność porodowa. Ryzyko wzrasta także podczas porodu małego płodu (wcześniactwo) i zbyt dużego (makrosomia). Wpływ na wystąpienia tego rodzaju urazów ma też nagły lub przedłużający się poród [3].

Przedgłowie

Najczęściej występującym i wiążącym się z najmniejszą ilością dalszych powikłań jest przedgłowie. Jest to surowiczokrwotoczny obrzęk tkanek miękkich zlokalizowany nad okostną. Powstaje w następstwie uciśnięcia naczyń krwionośnych części przodującej głowy. Przedgłowie pojawia się do kilku godzin po porodzie. Zwykle przekracza linię szwów czaszkowych, co stanowi cechę różnicującą z krwiakiem podskórnym. Ustępuje zazwyczaj samoistnie do kilku dni po porodzie [3].

Krwiak podokostnowy

Dochodzi do niego w wyniku przerwania ciągłości naczyń krwionośnych i nagromadzenia krwi w przestrzeni podo-

kostnowej kości czaszki. Występuje rzadziej niż przedgłowie, u około 2,5% noworodków [3].

Powstaje podczas przedłużającego się porodu lub w wyniku użycia kleszczy lub próżnościagu przez położnika. Jest dobrze odgraniczony, często chęłboczący. Nie przekracza linii szwów czaszkowych. Skóra nad krwakiem może być zasiniona [6].

Charakterystycznym umiejscowieniem dla tego urazu jest kość ciemieniowa lub skroniowa. Pojawia się późno, do kilku tygodni po porodzie.

Postępowanie polega na obserwacji. W wyniku zwiększonego rozpadu erytrocytów może dojść do nasilenia hiperbilirubinonii. Przy dużym i szybko narastającym krwaku może wystąpić anemia i hipotensja. W ok. 5% przypadków uraz ten współistnieje ze złamaniem kości czaszki [3].

Krwiak podczepcowy

Klinicznie jest to wyraźnie odgraniczony obrzęk tkanek miękkich skóry owłosionej głowy, który przekracza linie szwów czaszki [2].

Powstaje w wyniku nagromadzenia się krwi pomiędzy przyczepem ścięgnistym czepca a okostną. Występuje stosunkowo rzadko. Jest następstwem użycia próżnościagu, rzadziej kleszczy oraz przedłużającego się porodu [2, 3]. Może współistnieć ze złamaniem kości czaszki. Przy znacznym nasileniu mogą wystąpić objawy wstrząsu krwotocznego, wzrasta wtedy umieralność do 14–22%.

Krwiak podczepcowy pojawia się w ciągu 4 godzin po porodzie, narastać zaś może do około 72. godziny życia. Ustępuje po 2–3 tygodniach.

Postępowanie polega na obserwacji noworodka i monitorowaniu jego stanu klinicznego, ze szczególnym uwzględnieniem objawów wstrząsu. Zaleca się kontrolę morfologii ze względu na możliwość wystąpienia niedokrwistości, poziomu bilirubiny oraz kontrolę układu krzepnięcia, by wykluczyć koagulopatię. Bardzo rzadko uraz ten wymaga interwencji chirurgicznej [3].

Złamania czaszki

Zwykle są następstwem porodów zabiegowych oraz porodów powikłanych. Często współistnieją z innymi urazami, krwakiem zewnątrz- i wewnątrzczaszkowymi. Najczęściej dotyczą kości ciemieniowej. Mogą przyjmować postać liniową – zwykle bez przemieszczenia odłamów i niewymagającą leczenia lub postać wgniecenia. Najczęstszym typem wgniecenia jest typ „piłeczki pingpongowej”.

W przypadku wgniecia wskazane jest wykonanie tomografii dla uwidocznienia lokalizacji przemieszczonych odłamów oraz konsultacja neurochirurgiczna [3].

Należy wykluczyć krwawienie wewnątrzczaszkowe i rozważyć operacyjne wyrównanie wgniecia [7].

Uszkodzenia nerwów

Najczęstszym typem okołoporodowego urazu układu nerwowego jest uszkodzenie spłotu ramienneo. Występuje u 0,04–0,2% noworodków [5, 8].

Jest następstwem nadmiernego wygięcia i pociągania bocznego głowy względem barków podczas trudnego porodu.

Do czynników sprzyjających uszkodzeniu należą:

- trudności w urodzeniu barków
- makrosomia płodu
- nieprawidłowe położenie płodu
- poród zabiegowy
- poród nagły [3].

Sanderland porażenie spłotu barkowego dzieli na 5 stopni – od przemijającego porażenia – I stopnia, do całkowitego niedowładu – V stopnia [2].

W zależności od poziomu uszkodzenia rozróżnia się porażenie tzw. górne (C5-6) Duhennea-Erba, dolne – Klumpkego (C8-Th11) oraz całkowite porażenie spłotu (C5-Th1) [3, 5, 8].

Porażenie Erba jest najczęstszą postacią porażenia spłotu barkowego i dotyczy 90% przypadków. W obrazie klinicznym kończyna górna jest przywiedziona, wyprostowana, a ramię zrotowane do wewnątrz. Przedramię znajduje się w pozycji pronacji, zaś nadgarstek i palce są zgięte. Odruch Moro jest asymetryczny [3].

Odruch chwytny pozostaje zachowany [7].

Możliwe jest współistnienie uszkodzenia nerwu przeponowego (C4) [3, 7].

Porażenie Klumpkego jest stosunkowo rzadkim urazem i dotyczy około 1% wszystkich przypadków. W obrazie klinicznym występuje brak ruchów ręki i nadgarstka. Kciuk jest ustawiony w przywiedzeniu. Brak jest odruchu chwytowego. Zniesione jest czucie powierzchowne w obrębie dłoni i częściowo przedramienia. Możliwe jest współistnienie uszkodzenia włókien współczulnych nerwu Th1 (zespół Hornera – zwężenie źrenicy, opadanie powieki, wpadnięcie gałki ocznej) [3].

Całkowite uszkodzenie spłotu barkowego przejawia się wiotkością kończyny, brakiem pocenia się, czucia i głębokich odruchów ścięgnistych. Większość przypadków stanowią pacjenci bez rozerwania elementów spłotu z cechami neuropraksji, wymagający rehabilitacji jako jedyneo leczenia, zaczynając od 3–4 tygodnia życia [3, 5, 8].

Rokowanie jest dobre. W ponad 85% przypadków uszkodzenia typu Erba dochodzi do pełnego wyzdrowienia w ciągu 3 miesięcy [11, 12]. W 90% wszystkich przypadków

objawy ustępują do końca 1 roku życia. W całkowitym porażeniu splotu barkowego mogą powstać trwałe deficyty, np. przykurcze, atrofia mięśni, zaburzenia wzrostu kończyny [3].

Porażenie obwodowe nerwu twarzowego

Porażenie obwodowe nerwu twarzowego jest następstwem ucisku obwodowej gałązki nerwu twarzowego w miejscu wyjścia z czaszki przez otwór rylcowo-sutkowaty. Występuje z częstotliwością 0,06–0,7%. Do czynników ryzyka występowania tego powikłania należy poród kleszczowy oraz przedłużony poród naturalny, podczas którego następuje ucisk nerwu przez wzgórek kości krzyżowej. Podczas badania stwierdza się u noworodka opadanie kąćka ust, wygładzenie fałdu nosowo-wargowego, niemożność zamknięcia powiek i marszczenie czoła.

Opieka polega przede wszystkim na ochronie gałki ocznej przed wysychaniem i urazami.

Rokowanie jest dobre. W 90% przypadków objawy ustępują samoistnie w ciągu kilku tygodni po porodzie [3].

Złamanie obojczyka

Uraz ten najczęściej wiąże się z dystocją barkową oraz masą płodu powyżej 4000 g [9, 10]. Częstość występowania wynosi od 0,3–2,9% populacji noworodków. Uważa się jednak, że część przypadków pozostaje nierozpoznana ze względu na bezobjawowy przebieg.

Złamanie obojczyka może być niekompletne, zwykle nie dające objawów lub kompletne, z przemieszczeniem. W tym przypadku występuje zwykle niewielkie ograniczenie ruchomości ramienia po stronie złamania, trzeszczenie odłamków kostnych, wyczuwalna różnica poziomów, później zgrubienie w miejscu złamania.

W przypadku złamania niekompletnego wystarczy obserwacja złamanego obojczyka, zaś przy złamaniu kompletnym bywa konieczne unieruchomienie ramienia na okres 7–10 dni tworzenia zrostu. W obu przypadkach wskazane jest układanie noworodka na stronę przeciwną do złamania [3, 7].

Stwierdzenie urazu mechanicznego po porodzie u noworodka stanowi wskazanie do poszukiwania innych urazów towarzyszących, również tych niedotleniowo-niedokrwiennych.

Bezpieczeństwo pacjentów stanowi podstawowy wymiar jakości w polityce zdrowotnej na całym świecie. Zdarzeń niepożądanych nie da się całkowicie wyeliminować. Możliwe są jednak działania, które mają na celu zapobieganie nim i zmniejszanie ich występowania. System regularnej oceny bezpieczeństwa pacjenta polegający między

innymi na identyfikowaniu zdarzeń niepożądanych, analizie ich i wyciąganiu wniosków pozwala na zminimalizowanie zdarzeń niekorzystnych dla pacjenta, również urazów mechanicznych noworodka.

W ostatnich latach obserwuje się wyraźny spadek ich częstości, co wiąże się ze znaczną poprawą opieki okołoporodowej. Wczesna identyfikacja czynników ryzyka i możliwość wyboru optymalnego postępowania podczas porodu w sposób znaczący pozwalają ograniczyć to zdarzenie niepożądane.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. Cranovsky RS, Krajewski R. Przyczyny zdarzeń niepożądanych i ogólne zasady postępowania lekarza w razie ich wystąpienia. *Medycyna Praktyczna* 3/2011.
2. Matuszczak E, Dębek W, Oksiuta M. Urazy okołoporodowe ośrodkowego układu nerwowego w materiale Kliniki Chirurgii Dziecięcej UM w Bydgoszczy, *Neurologia Dziecięca* Vol. 20/2011, nr 39.
3. Szczapa J. (red.). *Podstawy Neonatologii*, PZWL 2010.
4. Benedetti TJ. Editorial: Birth injury and method of delivery. *N Eng J Med*. 1999; 23:1758–1760.
5. Pressler JL. Classification of major newborn birth injuries. *J Perinat Neonatal Nurs*. 2008; 22:60–67.
6. Chilarski A. Szczegółne okoliczności niektórych urazów okołoporodowych, *Rocznik Dziecięca Chirurgia Urazowa* 2005; 9:48–53.
7. Dudenhausen JW. Położnictwo praktyczne i operacje położnicze, PZWL 2010.
8. Kay S. Brachial palsies from obstetric procedures, *Lancet* 1999; 354:614–616.
9. Nocon JJ. Shoulder dystocia and macrosomia, *Best Practice in Labor Ward Management*, WB Saunders, London 2000.
10. Iwanowicz-Palus G. (red.). *Stany nagłe w okresie okołoporodowym*, PZWL 2008.
11. Szymankiewicz M. *Podstawy patologii noworodka, Położnictwo i Ginekologia*, red. Bręborowicz GH, PZWL 2006.
12. Szejniuk W, Szymankiewicz M. Makrosomia i inne zaburzenia występujące u noworodka matki z cukrzycą, *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 2008; 1 (4): 253–259.

Zaakceptowano do edycji: 20.02.19
Zaakceptowano do publikacji: 27.03.19

Adres do korespondencji:

Zakład Praktycznej Nauki Położnictwa
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego
ul. Jackowskiego 41
60-512 Poznań

OCENA WPŁYWU ASPEKTÓW PSYCHOSPOŁECZNYCH NA POZIOM ODCZUWANEGO BÓLU PRZEZ PACJENTÓW W OPIECE PALIATYWNEJ – BADANIE PILOTAŻOWE

PSYCHOSOCIAL ASSESSMENT OF THE LEVEL OF PAIN EXPERIENCED BY PATIENTS IN PALLIATIVE CARE – PILOT STUDY

Katarzyna Dołoto¹, Urszula Frelek¹, Iwona Włodek¹, Agata Wojciechowska¹, Lena Serafin²

¹Studenckie Koło Naukowe Medycyny Paliatywnej, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

²Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauki o Zdrowiu, Warszawski Uniwersytet Medyczny

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.13>

STRESZCZENIE

Cel. Celem badania było poznanie psychospołecznych aspektów wpływających na poziom odczuwanego bólu przez pacjentów objętych opieką paliatywną oraz ocena roli działań terapeutycznych w zakresie niefarmakologicznego łagodzenia dolegliwości bólowych podejmowanych przez pielęgniarki.

Materiał i metody. Badanie o charakterze pilotażu zostało przeprowadzone w stacjonarnych hospicjach wśród 40 pielęgniarek oraz 16 pacjentów.

Wyniki. Analiza wyników badania wykazała, że w opinii badanych chorych największy wpływ na niefarmakologiczne łagodzenie dolegliwości bólowych ma wsparcie rodziny oraz wsparcie personelu pielęgniarskiego. Wykazano korelację pomiędzy występowaniem u pacjentów lęku/strachu a nasileniem się dolegliwości bólowych ($r = 0,848$, $p < 0,001$), a także poczuciem własnej skuteczności na zmniejszanie dolegliwości bólowych ($r = 0,848$, $p < 0,001$). Pielęgniarki uważają, iż na odczucia bólowe mogą mieć wpływ wcześniejsze doświadczenia bólowe 65% ($n = 26$), postawa wobec bólu 60% ($n = 24$), stan emocjonalny 95% ($n = 38$) oraz osobowość pacjenta 92% ($n = 37$).

Wnioski. Nasilające się dolegliwości bólowe powodują zwiększone ryzyko wystąpienia u pacjentów depresji, lęku oraz gniewu, natomiast poczucie nadziei wpływa na zmniejszanie poziomu odczuwanego bólu. Skutecznymi działaniami podejmowanymi przez personel pielęgniarski w niefarmakologicznym zwalczaniu bólu są: zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, rozmowa, obecność i dotyk terapeutyczny. Kryteria, które powinny być brane pod uwagę przy ocenie reakcji pacjenta na ból, to, m.in.: jego osobowość, stan emocjonalny oraz wcześniejsze dolegliwości bólowe.

Słowa kluczowe: psychospołeczne aspekty bólu, opieka paliatywna, ocena bólu, leczenie bólu.

ABSTRACT

Aim. The aim of study was recognition of psychosocial aspects of pain among palliative care patients, as well as nurses' role in non-pharmacological management of pain.

Material and methods. The pilot study was conducted among 40 nurses and 16 patients in stationary hospice.

Results. In patients' opinion the greatest influence on non-pharmacological pain relief has a family support and nurses support. There is a correlation between fear and anxiety occurrence and their influence on pain intensity ($r = 0.848$, $p < 0.001$) and sense of self-efficacy on pain reducing ($r = 0.848$, $p < 0.001$). Nurses claimed that previous pain experience 65% ($n = 26$), attitude toward pain 60% ($n = 24$), emotional status 95% ($n = 38$) and patients' personality 92% ($n = 37$) could have an impact on pain response.

Conclusions. Increasing pain causes an increased risk of depression, anxiety and anger in patients, while hope reduces the level of pain. Effective actions taken by nursing staff in non-pharmacological pain control are: providing a sense of security, conversation, presence and therapeutic touch. Criteria for assessing the patient's pain response should include personality, emotional state and previous pain experience.

Keywords: psychosocial aspects of pain, palliative care, pain management, nurses.

Wstęp

Ból jest zarówno subiektywnym, jak i wielowymiarowym doświadczeniem, stąd jego obiektywna ocena przez osobę, której dotyczy, jest trudna, mimo częstości jego występowania [1]. Występuje on u ok. 64% pacjentów w zaawansowanym stadium choroby nowotworowej, którzy stanowią największą grupę chorych objętych opieką paliatywną [2]. Jednym z głównych celów opieki paliatywnej jest monitorowanie i zmniejszanie dolegliwości bólowych, co ma wpływać na poprawę jakości życia

pacjentów. W codziennej praktyce zespół terapeutyczny dąży do wyeliminowania lub zmniejszenia dolegliwości bólowych do poziomu akceptowalnego przez pacjenta poprzez systematyczną kontrolę natężenia bólu i łagodzenie dolegliwości. Pierwszym etapem opieki jest identyfikacja dolegliwości, co jest możliwe między innymi dzięki uważnej obserwacji [1].

Według Mortona ból nie jest pojedynczym wystąpieniem dolegliwości, ale należy rozpatrywać go w kontekście choroby. Przy ocenie dolegliwości bólowych powinno

uwzględniać się wykrywanie oraz formułowanie innych symptomów wywołanych przez ból, które z nim współistnieją [3]. Fundament definicji bólu stanowią trzy modele. Pierwszym jest teoria właściwości psychologicznych, wg której zachowanie jednostki jest uwarunkowane okresem dzieciństwa. Znajomość psychologicznych komponentów daje możliwość przewidzenia sposobu odbierania bólu oraz zachowania pacjenta. Model, którego podstawą jest teoria społecznego uczenia się, opowiada się za tym, iż zachowanie człowieka uzależnione jest od jego osobistych przekonań oraz przeżytych wydarzeń. Trzecim modelem jest model biopsychospołeczny, w którym na percepcję bólu wpływa odczucie bólu wraz z wiedzą i myślami chorego na temat bólu, co ma istotny wpływ na jego reakcje uczuciowe i zachowanie [4]. Pierwsze doniesienia w zakresie identyfikacji problemów psychicznych występujących u pacjentów z dolegliwościami bólowymi zostały opublikowane w latach 80. XX w. w pracy Zeltzera i wsp. [5]. Gorsza tolerancja bólu związana jest z występowaniem jednocześnie takich emocji, jak lęk, przygnębienie oraz gniew. Wzrastający lęk jest odpowiedzialny za szereg zmian występujących w organizmie, czego przykładem jest wzmożone napięcie mięśni i przyspieszenie czynności serca. Wraz z upływem czasu zróżnicowanie bólu od lęku staje się coraz trudniejsze, stąd opanowanie dolegliwości bólowych może być trudne do osiągnięcia z uwagi na obecność elementów psychologicznych w etiologii [6]. Jednym z komponentów, które redukują poziom odczuwanego bólu, jest nadzieja podstawowa. Jej główną funkcją jest przekonanie, iż można i warto budować od początku ładu w momencie jego naruszenia. By dojść do etapu budowania porządku na nowo pacjent w pierwszej kolejności musi przeżyć klęski, zagrożenia, chaos. Jest to nieuniknione, by pogodzić się z obecnymi zmianami [7].

Poza bólem w kontekście odczuć fizycznych, definiuje się także występowanie bólu psychicznego, który jest powszechną formą dolegliwości rozumianą jako choroba duszy czy istnienia. Odnosi się on w takim samym stopniu do osób chorych somatycznie, jak i tych zdrowych fizycznie. Pomimo powiązania między bólem somatycznym a psychicznym uważa się, iż ból psychiczny należy postrzegać jako oddzielne zjawisko od dolegliwości ciała [8]. Mee i wsp. wykazali, że chorzy, którzy w tym samym czasie doznawali psychicznego i somatycznego bólu wywołanego chorobą stwarzającą niebezpieczeństwo utraty życia, wskazali ból psychiczny jako źródło większego cierpienia w stosunku do dolegliwości fizycznych [9].

Z uwagi na fakt, że ból uznawany jest za zjawisko psychosomatyczne, należy brać pod uwagę wszystkie jego komponenty: fizyczne, psychiczne, społeczne i duchowe

[2, 10]. Takie rozumienie doznań bólowych wymaga wielokierunkowego działania. Pielęgniarki w trakcie codziennej, holistycznej opieki nad pacjentami mają często możliwość jako pierwsze z zespołu interdyscyplinarnego zaobserwować takie objawy: jak wzrost ciśnienia, spłycony oddech lub grymas na twarzy, które mogą sugerować występowanie/nasilenie bólu [10]. Znajomość skuteczności działań farmakologicznych i niefarmakologicznych powinna być wykorzystywana w codziennej praktyce zmniejszania dolegliwości bólowych u pacjentów [11]. Niezbędnym uzupełnieniem farmakologicznego leczenia przeciwbólowego jest postępowanie niefarmakologiczne. Składają się na nie terapie zajęciowe np. muzykoterapia, rozmowa, obecność przy pacjencie oraz zapewnienie poczucia bezpieczeństwa podczas stosowania metod psychologicznych, fizjoterapeutycznych i relaksacyjnych [2, 12]. Takie działania pozwalają na podnoszenie progu bólu u pacjentów, którzy zmagają się także często z lękiem, niepewnością, depresją, osamotnieniem czy gniewem [2]. Negatywne myślenie, napięcie psychiczne oraz negatywne emocje zwiększają odczuwane dolegliwości bólowe, co może prowadzić do wzmożenia negatywnych myśli, frustracji lub depresji [2, 10].

Cel badań

Celem badania było poznanie psychospołecznych aspektów wpływających na poziom odczuwanego bólu przez pacjentów objętych opieką paliatywną oraz ocena roli działań terapeutycznych w zakresie niefarmakologicznego łagodzenia dolegliwości bólowych podejmowanych przez pielęgniarki.

Materiał i metody

Badanie o charakterze pilotażu zostało przeprowadzone w stacjonarnych hospicjach na terenie Warszawy w kwietniu 2017 roku. Badaną grupę stanowiło 40 pielęgniarek pracujących w hospicjum oraz 16 pacjentów objętych stacjonarną, całodobową opieką paliatywną. Udział w badaniu był dobrowolny i anonimowy. Badanie zostało przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego; narzędzia badawcze stanowiły dwa autorskie kwestionariusze (skierowane do personelu pielęgniarskiego oraz pacjentów) opracowane na podstawie przeglądu literatury przedmiotu. Na przeprowadzenie badania uzyskano zgodę kierowników jednostek organizacyjnych. Badanie wykonano zgodnie z przepisami Deklaracji helsińskiej dotyczącej badań przeprowadzanych na ludziach.

Wynik analizy rzetelności dla obu kwestionariuszy był zadowalający. Ujmując ankiety jako narzędzia oceny jednego wymiaru, jakim jest ocena wpływu aspektów psychospołecznych na poziom odczuwanego bólu, otrzymano następujące wyniki Alfa Cronbacha:

- dla kwestionariusza skierowanego do pacjentów 0,73,
- dla kwestionariusza skierowanego do pielęgniarek 0,88.

W celu udzielenia odpowiedzi na postawione pytania badawcze i przetestowania postawionych hipotez wykonano analizy statystyczne przy użyciu pakietu IBM SPSS® wersja 22 oraz arkusza kalkulacyjnego MS Excel 2007. Za poziom istotności w niniejszej analizie uznano $p < 0,05$.

Tabela 1. Charakterystyka badanej grupy pacjentów

		%	N
Płeć	Mężczyźni	18,8%	3
	Kobiety	81,3%	13
Stan cywilny	Osoby zamężne	18,8%	3
	Osoby owdowiałe	56,3%	9
	Osoby samotne	25%	4
Wiek [lata]	Średni	70,4	
	Najniższy	22	
	Najwyższy	88	
Średni czas przebywania badanych w hospicjum [dni]		19,8	

Tabela 2. Charakterystyka badanej grupy pielęgniarek

		%	N
Płeć	Mężczyźni	12,5%	5
	Kobiety	87,5%	35
Wiek [lata]	Średni	42,7	
	Najniższy	21	
	Najwyższy	76	
Wykształcenie	Średnie	27,5%	11
	Licencjat pielęgniarstwa	50%	20
	Magister pielęgniarstwa	22,5%	9
Dodatkowe kwalifikacje	szkolenia wewnątrzoddziałowe	60%	24
	kursy kwalifikacyjne	75%	30
	szkolenie specjalizacyjne	20%	8
Staż pracy w zawodzie	< 5 lat	75%	30
	5–10 lat	25%	10
Staż pracy w opiece paliatywnej	< 5 lat	97,5%	39
	5–10 lat	2,5%	1

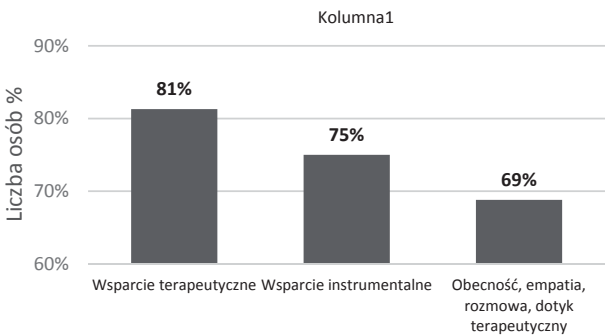
Wyniki

Pacjenci: Średnia ocena bólu przez pacjentów na podstawie skali VAS w ciągu ostatnich czterech tygodni wyniosła 3,5. Największa liczba respondentów 31,3% ($n = 5$) oszacowała swój ból na 5 w dziesięciostopniowej skali, zaś najmniejsza liczba pytanych, czyli dwie osoby – 12,6% ($n = 2$) przypisały mu wartości 6 oraz 7. Analiza wyników badania wykazała ujemną korelację pomiędzy natężeniem bólu u badanych pacjentów a agresją/gniewem wynikającymi z dolegliwości bólowych ($r = -0,618$, $p = 0,014$) oraz dodatnią korelację pomiędzy natężeniem bólu a wpływem osoby duchowej na zmniejszanie dolegliwości bólowych ($r = 0,601$, $p = 0,018$).

75% ankietowanych ($n = 10$) stwierdziło potrzebę przyjmowania leków przeciwbólowych, jako niezbędne do codziennego funkcjonowania, natomiast 81,3% ($n = 13$) badanych prezentuje poczucie własnej skuteczności w łagodzeniu bólu. Analiza korelacji ze współczynnikiem r-Pearsona wykazała dodatni związek pomiędzy potrzebą stosowania leków przeciwbólowych a występowaniem u pacjenta agresji i gniewu pod wpływem dolegliwości bólowych ($r = 0,621$, $p = 0,01$) oraz ujemny związek pomiędzy potrzebą stosowania leków przeciwbólowych a wpływem agresji i gniewu na nasilenie bólu psychologicznego ($r = -0,506$, $p = 0,046$).

Analiza wyników badania wykazała, że w opinii badanych chorych największy wpływ na niefarmakologiczne łagodzenie dolegliwości bólowych ma wsparcie rodziny 81,3% ($n = 13$) oraz wsparcie personelu pielęgniarckiego 81,3% ($n = 13$). Duchowny jest w opinii respondentów kolejną osobą, której wsparcie jest ważne, co zostało podkreślone przez 75% ($n = 12$) badanych.

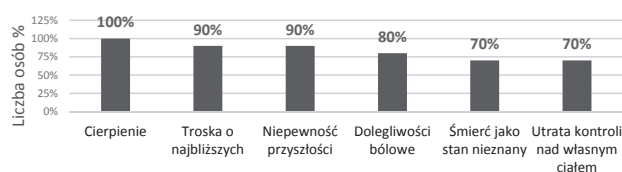
Spośród szerokiego zakresu działań podejmowanych przez pielęgniarki w zakresie niefarmakologicznego zwalczania dolegliwości bólowych badani najwyżej ocenili wsparcie terapeutyczne 81,3% ($n = 13$) oraz wsparcie instrumentalne 75% ($n = 12$). Obecność, empatia, rozmowa oraz dotyk terapeutyczny zostały wskazane przez 68,8% ($n = 11$) respondentów (**Rycina 1**).



Rycina 1. Działania personelu pielęgniarckiego wpływające na zmniejszenie bólu

Wśród badanej grupy jedynie 18,8% ($n = 3$) chorych zadeklarowało zdiagnozowaną depresję. Dziesięciu chorych (62,5%) deklaruje występowanie lęku/strachu, natomiast cierpienie zostało wskazane, jako źródło lęku/strachu przez wszystkich badanych (100%), którzy zadeklarowali jego występowanie. Kolejnym istotnym czynnikiem, wpływającym na występowanie tych uczuć, wskazanym przez 90% ($n = 9$) badanych jest niepewność przyszłości oraz troska o najbliższych.

W opinii respondentów za nasilenie bólu psychicznego w największym stopniu odpowiada depresja – 68,8% ($n = 11$), a następnie lęk i strach 56,3% ($n = 9$). Analizując źródła lęku/strachu najsilniejszą korelację, jednakże ujemną, wykazano pomiędzy wpływem lęku/strachu na dolegliwości bólowe a źródłem tych objawów pochodzącym z cierpienia ($r = -0,743$, $p = 0,001$) (**Rycina 2**). Wykazano natomiast silną, dodatnią korelację pomiędzy występowaniem u pacjentów lęku/strachu a jego wpływem na nasilenie się dolegliwości bólowych ($r = 0,848$, $p < 0,001$), a także wpływem poczucia własnej skuteczności na zmniejszanie dolegliwości bólowych ($r = 0,848$, $p < 0,001$) oraz wpływem nadziei na zmniejszanie dolegliwości bólowych ($r = 0,743$, $p = 0,001$). Znaczenie nadziei w zmniejszaniu dolegliwości bólowych pozytywnie oceniło 75,1% ($n = 12$) badanych. Jednocześnie analiza korelacji ze współczynnikiem r -Pearsona wykazała istotną statystycznie, jednakże umiarkowaną korelację pomiędzy wpływem nadziei na poziom radzenia sobie z chorobą, a poczuciem własnej kontroli w zmniejszaniu dolegliwości bólowych ($r = 0,428$, $p = 0,006$), a także występowaniem lęku/strachu ($r = 0,470$, $p = 0,002$).



Rycina 2. Źródła lęku/strachu wśród badanych pacjentów opieki paliatywnej

Występowanie gniewu/agresji zostało zadeklarowane przez 37,6% ($n = 6$) badanych. Najczęstszą przyczyną stanowiącą źródło występowania tych uczuć jest niesprawiedliwość losu 83,4% ($n = 5$). Wykazano ujemną korelację pomiędzy występowaniem u pacjenta gniewu/agresji a poczuciem ich wpływu na nasilenie się bólu psychicznego ($r = -0,837$, $p < 0,001$).

Pielęgniarki: W codziennej praktyce 92,5% ($n = 37$) pielęgniarek dokonuje oceny natężenia bólu u pacjentów.

Najczęściej używana jest do tego skala wzrokowo-analogowa VAS 62,5% ($n = 25$) oraz skala słowna 52,5% ($n = 17$). Poziom wiedzy z zakresu uśmierzania bólu, jako wystarczający lub raczej wystarczający określiło 87,5% ($n = 35$) pielęgniarek.

Połowa badanych 50% ($n = 20$) uważa, że ból może być zjawiskiem psychosomatycznym. Zespół pielęgniarski analizując codzienną praktykę obserwuje, iż na odczucia bólowe mogą mieć wpływ wcześniejsze doświadczenia bólowe 65% ($n = 26$), postawa wobec bólu 60% ($n = 24$), stan emocjonalny 95% ($n = 38$) oraz osobowość pacjenta 92% ($n = 37$). Wykazano silne korelacje pomiędzy wcześniejszymi doświadczeniami bólowymi pacjenta a jego postawą wobec bólu ($r = 0,653$, $p < 0,001$), osobowością pacjenta ($r = 0,729$, $p < 0,001$) oraz poczuciem wsparcia rodzinnego i społecznego ($r = 0,742$, $p < 0,001$). Na odczuwanie dolegliwości bólowych wpływają także w opinii pielęgniarek czynniki społeczne tj. sytuacja życiowa 65% ($n = 26$) oraz wsparcie rodziny 82,5% ($n = 33$).

Zwiększenie dolegliwości bólowych obserwuje się u pacjentów z lękiem zdaniem 77,5% ($n = 31$) pielęgniarek, u pacjentów z gniewem zdaniem 75% ($n = 30$). 80% ($n = 32$) respondentów zauważa wzmożony ból u podopiecznych bezradnych i z depresją. W opinii badanych pielęgniarek wpływ postawy pacjenta na zwiększanie dolegliwości bólowych jest silnie skorelowany ze stanem emocjonalnym pacjenta ($r = 0,727$, $p < 0,001$), oraz jego osobowością ($r = 0,729$, $p < 0,001$). Analiza codziennej praktyki wykazuje, że zarówno rozmowa, jak i dotyk terapeutyczny, obecność oraz terapie zajęciowe zmniejszają w podobnym stopniu dolegliwości bólowe pacjentów – opinia 80% respondentów ($n = 32$). Najbardziej skuteczne w opinii 82,5% ($n = 33$) badanych pielęgniarek w zwalczaniu dolegliwości bólowych jest zapewnienie poczucia bezpieczeństwa. Analiza korelacji ze współczynnikiem r -Pearsona wykazała związek pomiędzy zmniejszaniem dolegliwości bólowych przez obecność personelu medycznego, a zmniejszaniem dolegliwości bólowych poprzez zapewnienie poczucia bezpieczeństwa przez personel medyczny ($r = 0,606$, $p < 0,001$).

Dyskusja

Głównym celem opieki paliatywnej jest kontrola i łagodzenie dolegliwości, w tym odczuć bólowych. Zespół pielęgniarski bierze aktywny udział w ocenie i monitorowaniu bólu oraz efektów leczenia, a rzetelne, systematyczne ich dokumentowanie pozwala na odpowiednią reakcję terapeutyczną. Takie działania możliwe są dzięki znajomości zasad całościowej oceny bólu [13]. Niemal cała badana grupa pielęgniarek w codziennej praktyce poddaje ocenie

ból u pacjentów w opiece paliatywnej, stosuje się zatem do podstawowych zasad leczenia bólu opracowanych przez Światową Organizację Zdrowia (ang. World Health Organization – WHO) [2]. Respondenci ocenili swój poziom wiedzy z zakresu uśmierzania bólu w większości jako wystarczający. Jest to zbieżne z badaniami przeprowadzonymi przez Wronę i wsp. [12], gdzie 84% pielęgniarek swoją znajomość wytycznych leczenia bólu uważa za dobrą.

Ponad połowa pielęgniarek wskazała, iż na odczuwanie bólu przez pacjentów wpływają czynniki psychologiczne (wcześniejsze doświadczenia bólowe, postawa wobec bólu) oraz czynniki społeczne (sytuacja życiowa pacjenta, wsparcie rodzinne i społeczne). Zwiększenie dolegliwości bólowych obserwują w codziennej praktyce przede wszystkim u pacjentów z lękiem, gniewem oraz depresją. Rayner i wsp. wykazali, iż ryzyko wystąpienia depresji (w stosunku do populacji ludzi zdrowych) jest dwukrotnie wyższe u pacjentów objętych opieką paliatywną. Ponadto, chorzy cierpiący na depresję cechowali się bardziej nasilonymi dolegliwościami bólowymi niż ci, którzy jej nie mieli [14]. Obniżenie progu bólowego u pacjentów odczuwających lęk lub przygnębienie zostało także podkreślone w publikacji Pickering G. i wsp. [15]. W badaniu Szwałt wykazano natomiast, iż percepcja oraz wzrost przewlekłego bólu mogą być uzależnione od sposobu radzenia sobie z bólem, cech osobowości, poczucia kontroli, ustosunkowań uczuciowych i poznawczych [6]. Jest to spójne z uzyskanymi wynikami omawianego badania, gdyż na podstawie opinii pielęgniarek wykazano związek pomiędzy wcześniejszymi doświadczeniami bólowymi a postawą wobec bólu, osobowością pacjenta oraz poczuciem wsparcia rodzinnego i społecznego. Wykazano także, że osobowość pacjenta i jego stan emocjonalny są związane z wpływem postawy pacjenta wobec nasilających się dolegliwości bólowych.

Badania przeprowadzone przez B. Szwałt potwierdzają, iż na pierwszym miejscu wśród wielu dolegliwości odczuwanych przez pacjentów będących w terminalnej fazie choroby znajdują się ból, a także związane z nim depresja oraz lęk [6]. W badanej grupie pacjentów wykazano, że nasilanie lęku powoduje zwiększanie dolegliwości bólowych, ale także im silniejsze są emocje, takie jak lęk/strach, tym większe jest odczuwane przez pacjentów poczucie własnej skuteczności na zmniejszanie dolegliwości bólowych oraz występuje większy wpływ nadziei na zmniejszanie dolegliwości bólowych. Badania prowadzone przez A. Pietrzyk i S. Lizińczyk na temat nadziei i poczucia własnej skuteczności pacjentów z paliatywną chemioterapią wskazują płeć męską jako cechującą się większym poziomem nadziei podstawowej. Jej nasilenie przekłada się w znaczącym stopniu na zaufanie, sens walki z chorobą

oaz pomaga zaakceptować obecną sytuację [7]. Badania własne wykazały, że poczucie nadziei w stosunku do pozostałych czynników w największym stopniu wpływa na zmniejszenie odczuwania bólu i poziom radzenia sobie z chorobą.

Złość jest jedną z naturalnych emocji, które towarzyszą pacjentom z rozpoznaną chorobą nowotworową [16]. Jako jeden z etapów reakcji pacjenta na wiadomość o nieuleczalnej chorobie, opisanej także przez Kubler-Ross, zostały wskazane gniew/złość [17]. W badanej grupie chorych zaobserwowano, że im większą potrzebę odczuwają pacjenci w zakresie przyjmowania leków przeciwbólowych, tym większe występuje poczucie agresji/gniewu pod wpływem dolegliwości bólowych. Ponadto gniew/agresja nasilają się, im pacjenci prezentują mniejsze poczucie wpływu na nasilanie się bólu psychicznego.

Jednym z nierozłącznych pojęć występujących w kontekście umierania jest cierpienie istniejące na podstawie przewlekłego bólu oraz niezaspokojonych potrzeb [18]. W badanej grupie chorych cierpienie zostało wskazane jako źródło lęku, strachu przez wszystkich chorych, u których występują te emocje. Według de Walden Gałuszko cierpienie jest jednym z etapów bólu składającym się z rozbudowanych reakcji uczuciowych (np. lęku, gniewu, depresji), które są mocno powiązane z poglądami pacjenta na temat bólu, ale także jego osobowością oraz wcześniejszymi doświadczeniami [19].

Wnioski

Kryteria oceny reakcji pacjenta na ból to między innymi jego osobowość, stan emocjonalny oraz wcześniejsze dolegliwości bólowe, które warunkują postawę pacjenta wobec nasilającego się bólu. Nasilające się dolegliwości bólowe powodują zwiększone ryzyko wystąpienia u pacjentów depresji, lęku oraz gniewu, natomiast poczucie nadziei wpływa na zmniejszanie poziomu odczuwanego bólu. Poczucie własnej skuteczności w zakresie radzenia sobie z dolegliwościami bólowymi ma wpływ na występowanie lęku, strachu oraz gniewu u pacjentów w opiece paliatywnej. W niefarmakologicznym łagodzeniu dolegliwości bólowych u pacjentów w opiece paliatywnej najbardziej skutecznymi działaniami podejmowanymi przez personel pielęgniarski są: zapewnienie poczucia bezpieczeństwa, rozmowa, obecność i dotyk terapeutyczny.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

1. de Walden-Gałaszko K. Wsparcie psychologiczne. [w:] de Walden-Gałaszko K, Kaptacz A. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej. Wyd. PZWL Warszawa; 2017, s. 327–342.
2. Kaptacz I, Wiśniewski M. Ból w chorobie nowotworowej [w:] de Walden-Gałaszko K, Kaptacz A. Pielęgniarstwo opieki paliatywnej. Wyd. PZWL Warszawa; 2017, s. 29–50.
3. Morton N.S. Prevention and control of pain in children. Br. J. Anaesthesia 1999; 83(1): 118–129.
4. de Walden-Gałaszko K, Majkowiak M. Psychologiczno-kliniczna ocena bólu przewlekłego. Wyd. AMG. Gdańsk; 2003.
5. Zeltzer L, Kellerman J, Ellenberg L, et al. Psychological effects of illness in adolescence. II. Impact of illness in adolescents — crucial issues and coping styles. J. Pediatr. 1980; 97(1): 132–138.
6. Szwał B, Słupski W, Krzyżanowski D. Sposoby radzenia sobie z chorobą nowotworową a poczucie depresji i nasilenie bólu u chorych objętych opieką paliatywną. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne. 2011; 1(1): 35–41.
7. Pietrzyk A, Lizińczyk S. Nadzieja podstawowa pacjentów z nawrotem choroby nowotworowej oraz ich własna skuteczność kontroli bólu i radzenia sobie z nim. Psychoonkologia. 2015; 1: 1–11.
8. Chodkiewicz J. Ból psychiczny – konceptualizacja i narzędzia pomiaru. Psychiatria 2013; 10, (3–4): 109–115.
9. Mee S, Bunney B.G, Reist C, et al. Psychological pain: a review of evidence. J. Psychiatr. Res. 2006; 40(8): 680–690.
10. Suchocka L. Psychologiczne aspekty bólu [w:] Suchocka L. Psychologia bólu. Wyd. Difin. Lublin; 2008, s. 47–62.
11. Burchacka A. Opieka paliatywna i terminalna. [w:] Koper A. Pielęgniarstwo onkologiczne. Wyd. PZWL Warszawa; 2011, s. 397–418.
12. Wrona B, Jadecki M, Fimiaryz A. Wiedza pielęgniarek na temat aktualnych wytycznych leczenia bólu w chorobie nowotworowej. Medycyna Paliatywna 2014; 6(4): 208–214.
13. Woron J, Dobrogowski J, Wordliczek J i wsp. Leczenie bólu w oparciu o drabinę analgetyczną WHO. Medycyna po Dyplomie. 2011(20); 8(185): 52–61.
14. Rayner L, Lee W, Price A i wsp. Epidemiologia kliniczna depresji w opiece paliatywnej i wartość predykcyjna objawów somatycznych – przekrojowe badanie ankietowe z 4-tygodniowym okresem obserwacji. Medycyna Paliatywna w Praktyce 2012; 6(2): 62–76.
15. Pickering G, Jourdan D, Dubray C. Acute versus chronic pain treatment in Alzheimer's disease. European Journal of Pain 2006; 10(4): 379–384.
16. American Cancer Society, Zakład Psychoonkologii Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej Curie w Warszawie, Fundacja TAM I Z POWROTEM. PO DIAGNOZIE. Poradnik dla pacjentów z chorobą nowotworową i ich rodzin 1. Wyd. PrimoPro. Warszawa; 2012.
17. Kubler-Ross E. Rozmowy o śmierci i umieraniu. Wyd. Media Rodzina. Poznań; 2007.
18. Ossowski R, Sinkiewicz A. Koncepcja wsparcia w opiece paliatywnej. Polskie Forum Psychologiczne. 2007; 12(1): 5–21.
19. de Walden Gałaszko K. Psychologiczne aspekty bólu i jego leczenia. Medycyna Paliatywna w Praktyce. 2007; 1(2): 66–70.

Zaakceptowano do edycji: 20.02.19
Zaakceptowano do publikacji: 27.03.19

Adres do korespondencji:

Lena Serafin
Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Wydział Nauki o Zdrowiu
Warszawski Uniwersytet Medyczny
ul. E. Ciołka 27
01-445 Warszawa
e-mail: lkozlowska@wum.edu.pl

EFEKTY REHABILITACJI PACJENTA PO PRZEBYTYM WIELOOGNISKOWYM ZAPALENIU MÓZGU. OPIS PRZYPADKU

THE EFFECTS OF REHABILITATION IN PATIENTS WITH MULTIFOCAL CEREBRAL INFLAMMATION. A CASE REPORT

Szymon Jurga¹, Zbigniew Guzek², Franciszek Pietraszkiewicz³, Agnieszka Twardochleb⁴

¹Kliniczny Oddział Neurologii, Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze

²Zakład Rehabilitacji z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej, Szpital Uniwersytecki im. Karola Marcinkowskiego w Zielonej Górze

³Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Zielonogórski, Dział Rehabilitacji, Wielospecjalistyczny Szpital SP ZOZ w Nowej Soli

⁴Dział Rehabilitacji, Wielospecjalistyczny Szpital SP ZOZ

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2019.14>

STRESZCZENIE

Wirusowe zapalenie mózgu jest rodzajem neuroinfekcji wywołanej przez wirusy różnych rodzin. Ma ono zazwyczaj przebieg ostrej infekcji o charakterze rozlanego lub ogniskowego zapalenia mózgu. Cechuje się zdolnością do pierwotnego uszkodzenia komórek nerwowych, powodując trwałe następstwa neurologiczne. Artykuł opisuje przypadek 52-letniego pacjenta, bez istotnego wywiadu chorobowego, który w następstwie wirusowego zapalenia mózgu doznał głębokiego niedowładu czterokończynowego, z afazją i zaburzeniami połykania, całkowicie zależny od otoczenia, wymagał stałej opieki pielęgnacyjnej. Wcześniej wprowadzona i odpowiednio dobrana do potrzeb chorego rehabilitacja ruchowa oraz terapia funkcji poznawczych i mowy, pozwoliły choremu osiągnąć samodzielność w czynnościach dnia codziennego.

Słowa kluczowe: wirusowe zapalenie mózgu, wieloogniskowe zapalenie mózgu, niedowład czterokończynowy, rehabilitacja neurologiczna.

ABSTRACT

Viral encephalitis is a kind of neuroinfection caused by viruses of all different types. Usually the infection has an acute nature, with diffuse or focal encephalitis. It is characterized by the ability to initially damage nerve cells, resulting in permanent neurological consequences. The article describes a case of a 52-year-old patient with no significant medical history who, had suffered a deep quadriplegic paresis, with aphasia and dysphagia as a result of viral encephalitis. He was completely dependent on the home ground, required constant nursing care. Early and well-adapted physical rehabilitation and therapy of cognitive and speech functions enabled the patient to achieve independence in daily activities.

Keywords: viral encephalitis, multifocal encephalitis, quadriplegia, neurological rehabilitation.

Wprowadzenie

Wirusowe zapalenie mózgu jest zakażeniem parenchymy mózgu wywołanym przez wirusy z różnych rodzin. Cechuje je neurotropizm oraz zdolność do pierwotnego uszkodzenia komórek nerwowych. Efekt inwazji na ośrodkowy układ nerwowy jest zależny od stanu immunologicznego gospodarza, jak i też neurowirulencji zakażającego wirusa [1]. Większość wirusowych zapaleń mięszu mózgu człowieka ma charakter ostrej infekcji. Zakażenie może objąć cały mózg (rozlane zapalenie mózgu) albo może być ograniczone do określonych obszarów (ogniskowe zapalenie mózgu) [2]. Rozpoznanie czynnika etiologicznego zależy od izolacji wirusa, badań serologicznych albo amplifikacji kwasu nukleinowego wirusa z płynu mózgowo-rdzeniowego przy użyciu reakcji łańcuchowej polimerazy (*polymerase chain reaction* – PCR) [3, 4]. W praktyce dokładne określenie czynnika etiologicznego (wirusa) od-

powiadającego za zapalenie mózgu często bywa niemożliwe [5] – tak było w poniżej opisanym przypadku. Ostre zakażenie wirusowe układu nerwowego może występować klinicznie pod postacią: wirusowego (aseptycznego) zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, zapalenia mózgu oraz rzadko występującego zapalenia rdzenia [6, 7].

Opis przypadku

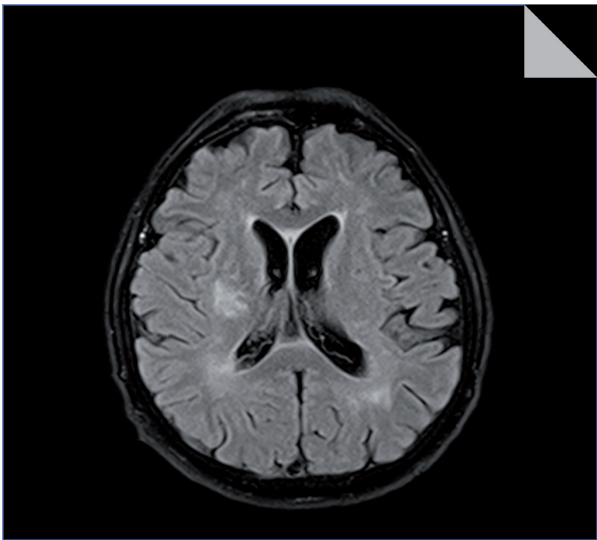
Pacjent lat 52, bez istotnego wywiadu chorobowego, przyjęty do Oddziału Neurologicznego jednego ze szpitali powiatowych celem diagnostyki i leczenia niedowładu połowicznego prawostronnego (IV/V° w skali Lovetta), połączanego z zaburzeniami afatycznymi mowy. W wykonanym przy przyjęciu badaniu TK mózgu uwidocznił obszar hipodensyjny o wymiarze 53 x 9 mm, odpowiadający świeżemu, naczyniopochodnemu ognisku niedokrwienemu. Włączono typowe leczenie poprawiające właści-

wości reologiczne krwi. W 4. dobie hospitalizacji chory zgorączkował do 39°C – dołączono do leczenia antybiotyki oraz leki obniżające temperaturę, pobrano krew i mocz na posiew. Stan neurologiczny chorego w kolejnych dobach uległ pogorszeniu – wystąpiły zaburzenia świadomości, nasilił się niedowład kończyn prawych. W 7. dobie hospitalizacji zlecono kolejne badanie TK. Na podstawie wykonanego badania obrazowego (uwidoczniło wieloogniskowe zapalenie mózgu), gorączki i objawów ogniskowego uszkodzenia mózgu wysunięto podejrzenie opryszczkowego zapalenia mózgu. Wykonano nakłucie lędźwiowe, pobrano płyn mózgowo-rdzeniowy na badanie ogólne i posiew w kierunku wirusa opryszczki. W PMR cytoza wynosiła 129,8 komórek/mm³ z przewagą limfocytów, białko 0,69 g/l, nie wykazano obecności przeciwciał przeciwko wirusowi HSV typu 1 i 2 (Herpes Simplex Virus-1 i 2). Po konsultacji z lekarzem chorób zakaźnych do leczenia włączono drugi antybiotyk, leczenie przeciwobrzękowe oraz leczenie przeciwwirusowe. W 9. dobie pobytu wystąpiły zaburzenia oddychania. Chory został przeniesiony do OIOM, gdzie był hospitalizowany przez 5 dni. Pacjent został ponownie przekazany do oddziału neurologicznego, wydolny krążeniowo i oddechowo, nieprzytomny, zaintubowany, otrzymał 5 punktów w skali śpiączki Glasgow, źrenice średniowymiarowe, symetryczne, z głębokim niedowładem czterokończynowym (bardziej wyrażonym w kończynach górnych i w kończynie dolnej prawej), dodatnim objawem Babińskiego. Obraz badania MR mózgu, wykonanego po dwóch tygodniach od pojawienia się objawów, potwierdził wieloogniskowe zmiany w przebiegu zapalenia mózgu. Po 4 tygodniach leczenia w szpitalu powiatowym chory został przekazany do Oddziału Zakaźnego Szpitala Wojewódzkiego w Zielonej Górze. Przy przyjęciu do oddziału stan ogólny pacjenta określono jako ciężki, chory nieprzytomny, z rurką intubacyjną i sondą dożołądkową, bez reakcji na bodźce bólowe, z porażeniem czterokończynowym. Kontynuowano antybiotykoterapię oraz leczenie przeciwobrzękowe, przeciwwirusowe i przeciwgrzybicze. Założono rurkę tracheostomijną i PEG (*percutaneous endoscopic gastrostomy* – przezskórna gastrostomia endoskopowa). W 4. dobie leczenia w Szpitalu Wojewódzkim zmiany zapalne w płynie mózgowo-rdzeniowym uległy normalizacji. Nie obserwowano remisji zmian w kontrolnych badaniach MR głowy wykonanych w 35. (**Rycina 1**) i 49. dniu od zachorowania (**Rycina 2**). Stan kliniczny stopniowo ulegał poprawie, pacjent powoli odzyskiwał świadomość, na zadawane pytania mrugał oczyma, próbował obracać głowę, pojawiły się śladowe ruchy w kończynach górnych i dolnych. W Oddziale Zakaźnym pacjent prze-

bywał 46 dni, następnie został przekazany do Zakładu Rehabilitacji z Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej w Zielonej Górze celem leczenia usprawniającego. W dniu przyjęcia dokonano wszechstronnej oceny stanu klinicznego pacjenta, stwierdzono niedowład czterokończynowy: w obrębie kończyn górnych – niedowład nasilony w częściach proksymalnych, ślad ruchu ślizgu łopatki, ruch wspomagany w zakresie zgięcia i wyprostu w stawach łokciowych oraz czynny ruch zgięcia i wyprostu palców w niepełnym zakresie; kończyna dolna prawa – ślad ruchu w obrębie stawu biodrowego, ruch wspomagany w zakresie zgięcia i wyprostu w stawie kolanowym, ruchy czynne w obrębie stopy; kończyna dolna lewa – śladowe ruchy w obrębie całej kończyny [8, 9]. Pacjent nie potrafił obracać się na boki, siad bierny – wymagał podparcia tułowia. Ponadto u chorego występowały zaburzenia komunikacyjne o cechach afonii (pacjent z rurką tracheostomijną) i dysfunkcje narządów artykulacyjnych oraz zaburzenia połykania (dysfagia) – pacjent dokarmiany przez PEG. Chory pozostawał w kontakcie logicznym, w początkowym okresie rehabilitacji porozumiewano się z nim za pomocą odczytywania i nadawania mowy za pomocą ruchów warg. Przeprowadzono rozszerzoną ocenę za pomocą skal neurologicznych, co pozwoliło w sposób kompleksowy śledzić postępy fizjoterapii. Wykonano ocenę czynności dnia codziennego za pomocą skali Barthel (w badaniu tym pacjent uzyskał 0 pkt na 20 możliwych), ocenę kontroli tułowia – Trunk Control Test (uzyskano 0 pkt na 100 możliwych) oraz ocenę równowagi za pomocą skali Berg (uzyskano 0 pkt na 56 możliwych).



Rycina 1. Utrzymuje się obraz rozlanych stref hiperintensywnych w obrazach T2-zależnych i FLAIR widocznych w strukturach głębokich mózgu. Ewolucja zmian przemawia za zapalnym charakterem zmian mózgowia z obecnością licznych ropni



Rycina 2. Progresja zmian w prawej półkuli mózgu pod postacią poszerzenia obszaru rozlanych stref hiperintensywnych w obrazach T2-zależnych i FLAIR widocznych w okolicach czołowo-ciemniowej prawej i potylicznej prawej, a także nasilenie intensywności zmian przykomorowo (trzon PKB) oraz w mniejszym stopniu w obszarze jąder podstawy

Po kompleksowym zbadaniu stanu zdrowia chorego, ustalono program rehabilitacji. Zaakcentowano rolę terapii funkcji poznawczych i mowy, którą zaplanowano na 5 dni w tygodniu [10, 11, 12]. Wprowadzono: ćwiczenia usprawniające pracę narządów artykulacyjnych, ćwiczenia odczytywania i nadawania mowy za pomocą ruchów warg, masaż i ćwiczenia mięśni twarzy, ćwiczenia stymulujące procesy poznawcze, ćwiczenia słuchu fonologicznego, ćwiczenia relaksujące, ćwiczenia odruchu połykania, ćwiczenia gryzienia i transportowania pokarmów [13, 14, 15]. Fizjoterapia odbywała się 6 dni w tygodniu. Główna część strategii fizjoterapeutycznej została przygotowana na podstawie metody PNF (Proprioceptive Neuromuscular Facilitation, czyli torowanie nerwowo-mięśniowe) [16, 17, 18]. Metoda PNF została wybrana ze względu na wielopoziomowość uszkodzeń i rozległość deficytu ruchowego. Specyficzne wzorce, techniki i sposoby postępowania, charakterystyczne dla tej metody, były prowadzone przez fizjoterapeutów posiadających doświadczenie i certyfikaty uprawniające do pracy według tej metody. Dodatkowo zastosowano następujące formy terapii: usprawnianie układu oddechowego – oklepywanie, naukę kaszlu i odkrztuszania, ćwiczenia rozluźniające i relaksujące, ćwiczenia ułożeniowe Burgera, pionizację bierną, ćwiczenia bierne wykonywane manualnie, ćwiczenia wspomagane [19, 20, 21]. W miarę poprawy stanu klinicznego, około 11 doby usprawniania, do terapii pacjenta wprowadzono: pionizację czynną, ćwiczenia samoobsługi, ćwiczenia czynne wolne, ćwiczenia równoważne, naukę czynności

lokomocyjnych (po 6 tygodniach podjęto próbę chodu z asekuracją 2 osób – kilka metrów) [22, 23, 24].

W Oddziale Rehabilitacji pacjent przebywał 144 dni. W trakcie pobytu osiągnięto znaczną poprawę stanu klinicznego chorego. W wyniku terapii neurologopedycznej wypracowano mowę bezdźwięczną (dysfonia), umożliwiającą pełny kontakt słowno-logiczny z pacjentem. Uzyskano znaczne zmniejszenie niedowładów. Nastąpiła poprawa w zakresie sprawności manualnej – pacjent potrafił chwytać większe przedmioty. Chory osiągnął zdolność lokomocji – chodził przy użyciu laski z asekuracją jednej osoby (dystans około 30 metrów). W trakcie pobytu w szpitalu utrzymywała się dysfagia. W końcowej ocenie czynności dnia codziennego Barthel uzyskano 8 pkt. (**Tabela 1** – Skala dla typowych czynności dnia codziennego – Barthel ADL Test końcowy – w ostatniej dobie pobytu w Oddziale Rehabilitacji). W teście kontroli tułowia Trunk Control Test pacjent otrzymał 100 pkt. (**Tabela 2** – Test kontroli tułowia Trunk Control Test). W teście równowagi Berga uzyskano 29 pkt (**Tabela 3** – Skala równowagi BERGA). Po powrocie do domu pacjent kontynuował terapię w warunkach ambulatoryjnych. Po 21 miesiącach od zachorowania usunięto rurkę tracheostomijną.

Tabela 1. Skala dla typowych czynności dnia codziennego – Barthel ADL Test końcowy – w ostatniej dobie pobytu w Oddziale Rehabilitacji

Kontrola zwieraczy odbytu	0	nietrzymanie stolca lub konieczność stosowania lewatywy
	1	rzadko brak kontroli (np. raz w tygodniu)
	2	pełna
Kontrola zwieraczy pęcherza	0	nietrzymanie moczu lub chory z cewnikiem nie potrafiący samodzielnie posługiwać się nim
	1	rzadko brak kontroli (rzadziej niż raz dziennie)
	2	pełna lub chory z cewnikiem potrafi się nim samodzielnie posługiwać
Dbałość o własną osobę	0	potrzebuje pomocy w podstawowych czynnościach (mycie zębów, czesanie włosów, golenie, mycie się)
	1	niezależny (nawet jeżeli odpowiednie przedmioty są podawane przez osobę opiekującą się)
Korzystanie z toalety	0	zależny od otoczenia
	1	potrzebuje pomocy przy korzystaniu
	2	niezależnie siada i wstaje z toalety, ubiera się, wyciera

Jedzenie	0	nie potrafi jeść samodzielnie bez pomocy
	1	potrzebuje pewnej pomocy (np. krojenie, rozsmarowanie) lecz je samodzielnie
	2	samodzielnie (jeśli ma przygotowanie jedzenie)
Przesiadanie się	0	nie potrafi przesiąść się z łóżka na fotel, nie potrafi siedzieć
	1	potrzebuje znacznej pomocy
	2	potrzebuje niewielkiej pomocy
	3	nie potrzebuje pomocy
Poruszanie się	0	unieruchomiony
	1	samodzielnie porusza się na wózku inwalidzkim w domu
	2	chodzi z pomocą lub pod kontrolą jednej osoby
	3	chodzi samodzielnie (może używać przyrządu)
Ubieranie się	0	całkowicie zależny od otoczenia
	1	potrzebuje pomocy
	2	samodzielnie, łącznie z zapinaniem guzików i zamków błyskawicznych
Chodzenie po schodach	0	niewykonalne
	1	potrzebuje pomocy lub kontroli
	2	samodzielnie chodzi w górę i w dół
Kąpiel	0	potrzebuje pomocy
	1	samodzielnie może się kąpać lub brać prysznic, potrafi wejść i wyjść bez pomocy

Tabela 2. Test kontroli tułowia Trunk Control Test

	Test początkowy (1 doba rehabilitacji)	Test końcowy (144 doba rehabilitacji)
Obracanie na stronę słabą	0	25
Obracanie na stronę silną	0	25
Siadanie z pozycji leżenia	0	25
Równowaga w siadzie	0	25
WYNIK	0 pkt.	100 pkt.

Tabela 3. Skala równowagi BERGA

	Test początkowy (1 doba rehabilitacji)	Test końcowy (144 doba rehabilitacji)
Zmiana pozycji siad – stanie	0	3
Stanie bez podpierania rękami	0	3
Siad bez podparcia pleców	0	4

Zmiana pozycji stanie–siad	0	3
Przesiadanie na krzesło/wózek	0	3
Stanie z zamkniętymi oczami	0	2
Stanie ze złączonymi stopami	0	1
Sięganie w przód w staniu	0	2
Podnoszenie przedmiotów	0	0
Obracanie tułowia w prawo/lewo	0	3
Obrót o 360°	0	3
Podnoszenie nogi na stołek	0	2
Stanie „stopą za stopą”	0	0
Stanie na jednej nodze	0	0
WYNIK	0 pkt	29 pkt.

Obecnie, 2,5 roku po wypisie z Oddziału Rehabilitacji, u pacjenta nie stwierdza się istotnych zaburzeń komunikacyjnych. Posługuje się on mową dźwięczną ze śladowymi zaburzeniami oddechowo-fonacyjnymi. Pacjent odżywia się samodzielnie. Nastąpiło całkowite wycofanie się niedowładów. Pacjent odzyskał pełną sprawność manualną (np. obsługuje telefon, pisze, używa klawiatury komputera, itp.), jest samodzielny w czynnościach dnia codziennego, chód wydolny, potrafi jeździć rowerem, podejmuje próby jazdy samochodem.

Podsumowanie

Zajęcie tkanki mózgowej w przebiegu ostrej infekcji wirusowej, manifestujące się zaburzeniami świadomości, zaburzeniami psychicznymi, napadami drgawkowymi oraz różnymi objawami ogniskowymi, określa się terminem *encephalitis* (łac.). Pacjent z podejrzeniem zapalenia mózgu wymaga natychmiastowej hospitalizacji na oddziale z zapleczem anestezjologicznym, podawania leków zmniejszających obrzęk mózgu (20% mannitol, dexametazon, furosemid i.v.), wykonania nakłucia lędźwiowego (w przypadku braku objawów nasilonego obrzęku mózgu) i próby określenia czynnika etiologicznego zapalenia, a także leczenia przeciwwirusowego [25, 26]. Powyższy opis przypadku jest dobrym przykładem postępowania rehabilitacyjnego według Polskiej Szkoły Rehabilitacji, której twórcą był profesor Wiktor Dega. Konceptą takiej rehabilitacji jest powszechność, wczesność, ciągłość i kompleksowość terapii. Istotnym elementem uzdrawiania pacjen-

tów z ogniskowym uszkodzeniem układu nerwowego jest szybkie wdrożenie rehabilitacji [27, 28]. Zapoczątkowanie usprawniania jeszcze w trakcie leczenia choroby podstawowej pozwala na szybsze przywrócenie utraconych funkcji organizmu, zmniejsza ilość powikłań długotrwałego unieruchomienia. Wielokierunkowość i złożoność procesu usprawniania zależy od interdyscyplinarności zespołu terapeutycznego, w skład którego wchodzi lekarz rehabilitacji, lekarze innych specjalności, fizjoterapeuci, pielęgniarki, terapeuta zajęciowy, neuropsycholog, logopeda. Właściwy dobór strategii terapeutycznej i jej kompleksowość, ciągłość, odpowiednia intensywność oraz czas rozpoczęcia rehabilitacji w decydujący sposób przyczynił się do pozytywnych efektów usprawnienia w opisywanym przypadku [29, 30].

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

- Kennedy PG. Viral encephalitis. *J. Neurol.* 2005; 252: 268–272.
- Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J. *Neurowirologia*. W: Prusiński A. (red. wyd. pol.). *Neurologia w praktyce klinicznej* tom 1 – zasady diagnostyki i postępowania. Czelej, Lublin 2006: 984–986.
- Aurelius E. Herpes simplex encephalitis. Early diagnosis and immune activation in the acute stage and during long-term follow-up. *Scand J Infect Dis Suppl.* 1993; 89: 3–62.
- Popiel M, Wietrak E, Laskus T. Opryszczkowe zapalenie mózgu. *Post. Microbiol.* 2012; 5 T, 3: 185–190.
- Sköldenberg B. Herpes simplex encephalitis. *Scand J Infect Dis Suppl.* 1996; 100: 8–13.
- Rowland LP. Zakażenia wirusowe. W: Kwieciński H. (red. wyd. pol.), Kamińska A.M. (red. wyd. pol.). *Neurologia Merriotta*. Urban&Partner, Wrocław 2004: 135–136.
- Lindsay KW, Bone I. Wieloogniskowe choroby układu nerwowego i ich leczenie. W: Kozubski W (red. wyd. pol.) *Neurologia i neurochirurgia*, Urban&Partner, Wrocław 2006: 500–503.
- Opara J. *Neurorehabilitacja*. Elamed, Katowice 2011; 82: 148–158.
- Kaski D, Bronstein AM, Edwards MJ, Stone J. Cranial functional (psychogenic) movement disorders. *Lancet Neurol.* 2015 Dec; 14: 1196–205.
- Snodgrass SJ, Heneghan NR, Tsao H, Stanwell PT, Rivett DA, Van Vliet PM. Recognising neuroplasticity in musculoskeletal rehabilitation: a basis for greater collaboration between musculoskeletal and neurological physiotherapists. *Man Ther.* 2014 Dec; 19: 614–7.
- Barrett AM, Oh-Park M, Chen P, Ifejika NL. Neurorehabilitation: Five new things. *Neurol Clin Pract.* 2013 Dec; 3: 484–492.
- Bonan I, Chochina L, Moulinet-Raillon A, Leblong E, Jamal K, Challos-Leplaideur S. Effect of sensorial stimulations on postural disturbances related to spatial cognition disorders after stroke. *Neurophysiol Clin.* 2015 Nov; 45: 297–303.
- Bender A, Adrion C, Fischer L, Huber M, Jawny K, Straube A, Mansmann U. Long-term Rehabilitation in Patients With Acquired Brain Injury. *Dtsch Arztebl Int* 2016; 113:634–641.
- Opara J. Podstawy rehabilitacji neurologicznej. W: Kozubski W. (red.), *Choroby układu nerwowego*. PZWL Warszawa 2004: 562–571.
- Cheung ME, Broman SH. Adaptive learning: interventions for verbal and motor deficits. *Neurorehabil Neural Repair.* 2000; 14: 159–69.
- Adler S, Beckers D, Buck M. PNF w praktyce. DB Publishing, Kraków 2008: 19–44, 233–266.
- Wang JS, Lee SB, Moon SH. The immediate effect of PNF pattern on muscle tone and muscle stiffness in chronic stroke patient. *J PhysmTher Sci* 2016 Mar; 28:967–70.
- Horst R. Trening strategii motorycznych i PNF. *Top school Kraków* 2010: 62–158.
- Mueller G, Hopman MT, Perret C. Comparison of respiratory muscle training methods in individuals with motor and sensory complete tetraplegia: a randomized controlled trial. *J Rehabil Med.* 2013 Mar; 45: 248–53.
- Hansdorfer-Korzon R, Sławek J, Studnicki R. Zastosowanie fizykoterapii w leczeniu spastyczności u pacjentów po udarze mózgu. *Rehabil Prakt* 2015; 4: 47–53.
- Na EH, Han SJ, Yoon TS. Effect of active pulmonary rehabilitation on pulmonary function in patients with brain lesion. *NeuroRehabilitation.* 2014; 35: 459–66.
- Łukowicz M. Neurorehabilitacja w postępujących chorobach neurologicznych. *Rehabil Prakt* 2015; 2: 21–23.
- Czamara A. Fizjoterapia w wybranych dysfunkcjach kończyn dolnych. *Rehabil Prakt* 2015; 6: 27–28.
- Dietz V. Clinical treatment of spasticity-spastic movement disorders. *Nervenarzt.* 2013 Dec; 84: 1508–11.
- Stahl JP, Mailles A. What is new about epidemiology of acute infectious encephalitis? *Curr Opin Neurol.* 2014 Jun; 27: 337–41.
- Kuydowicz J. Komentarz. Dotyczy artykułu: Kennedy P.G. Wirusowe zapalenie mózgu. *Neurol Prakt.* 2005; 5 T, 5: 54–55.
- Zembaty A. (red.). *Kinezyterapia* tom 2. Kasper, Kraków 2003: 13–92.
- Kolster B, Ebel-Paprotny G. *Poradnik fizjoterapeuty*. Zakład Narodowy im. Ossolińskich, Wrocław 2001: 467–477, 489.
- Karwat I, Skwarcz A. Rehabilitacja medyczna – jej cele, założenia i znaczenie praktyczne. *Post Nauk Med* 2000; 3: 61–69.
- Lubecki M. Polski model rehabilitacji medycznej zaakceptowany i zalecany przez WHO. *Hygeia Public Health* 2011; 46: 506–515.

Zaakceptowano do edycji: 20.02.19
Zaakceptowano do publikacji: 27.03.19

Adres do korespondencji:

Agnieszka Twardochleb
Dział Rehabilitacji
Wielospecjalistyczny Szpital Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
ul. Chałubińskiego 7
67-100 Nowa Sól
tel.: (68) 3882273
fax. (68) 3877851, (68) 3877003
e-mail: agambrozkiwicz@gmail.com

REGULAMIN ZAMIESZCZANIA PRAC W „POLSKIM PRZEGLĄDZIE NAUK O ZDROWIU”

Redakcja „Polskiego Przeglądu Nauk o Zdrowiu” publikuje prace oryginalne, poglądowe, opracowania kazuistyczne, sprawozdania z uczestnictwa w zjazdach krajowych oraz międzynarodowych z zakresu: medycyny, w tym fizjoterapii i rehabilitacji, zdrowia publicznego, promocji i profilaktyki zdrowia, problematyki zarządzania w ochronie zdrowia, kształcenia kadr w ochronie zdrowia.

Przygotowanie manuskryptu

1. Artykuł powinien być napisany w języku polskim lub angielskim i przesłany do redakcji w dwóch identycznych egzemplarzach w wersji wydrukowanej oraz elektronicznej na nośniku CD/DVD lub przenośnej pamięci USB (pendrive).
2. Przyjmowane będą prace napisane w edytorze tekstu Microsoft Word.

Strona tytułowa manuskryptu

Strona tytułowa artykułu powinna mieć następujący układ:

1. Tytuł (w języku polskim i angielskim).
2. Imiona, nazwiska i tytuły naukowe autorów.
3. Nazwa jednostki, w której praca została wykonana, oraz imię, nazwisko, tytuł kierownika jednostki.
4. Pełny Adres do korespondencji
głównego autora pracy (wraz z numerem telefonu, faksu oraz adresem mailowym).

Streszczenia i słowa kluczowe

Do pracy powinno być dołączone streszczenie w języku polskim i angielskim zawierające nie więcej niż 250 słów oraz od trzech do pięciu słów kluczowych również w języku polskim i angielskim.

W przypadku pracy oryginalnej streszczenie powinno posiadać układ strukturalny: Wstęp, Cel, Materiał i metody, Wyniki, Wnioski (*Introduction, Aim, Material and methods, Results, Conclusions*).

Układ pracy

1. Tekst prac oryginalnych powinien mieć budowę strukturalną i dzielić się na następujące rozdziały: Wstęp, Materiał i metody, Wyniki, Dyskusja, Wnioski, Piśmiennictwo.
2. Objętość prac oryginalnych i poglądowych nie powinna przekraczać 12 stron, kazuistycznych – 5 stron, innych – 2 strony.
3. Prace powinny być napisane na papierze w formacie A4, z zachowaniem 1,5 linii odstępu między wierszami, czcionką 12 punktów (Times New Roman).
4. Materiał źródłowy przytaczany w tekście wg systemu Vancouver (wg kolejności cytowania, oznaczony w nawiasach kwadratowych). Spis piśmiennictwa należy umieścić po tekście pracy.

W przypadku czasopism obowiązuje układ: nazwisko autora/ów, inicjały imion, tytuł pracy, nazwa czasopisma, rok, zeszyt, tom, numery pierwszej i ostatniej strony. W przypadku cytowania rozdziału z książki należy podać: nazwisko autora/ów, inicjały imion, tytuł rozdziału, nazwiska redaktorów książki (jeśli występują), tytuł książki, miejsce wydania, wydawnictwo, rok wydania, numery pierwszej i ostatniej strony rozdziału. Powołując się na fragmenty książek, należy uwzględnić: nazwisko autora/ów, inicjały imion, tytuł książki, nazwiska redaktorów (jeśli występują), miejsce wydania, wydawnictwo, rok wydania, numer strony.

W piśmiennictwie nie można zamieszczać prac niecytowanych w tekście pracy.

Ryciny i tabele

Ryciny i tabele należy wydrukować na oddzielnej stronie. Na odwrocie należy podać numer ryciny lub tabeli, nazwisko autora i tytuł pracy. W tekście należy zaznaczyć miejsce na rycinę lub tabelę, podając jej numer i tytuł.

Wymagania i prawa wydawcy

1. Wraz z pracą należy przesłać oświadczenie wszystkich autorów, że manuskrypt nie był wcześniej publikowany, oraz że nie został zgłoszony do publikacji w innym czasopiśmie krajowym lub zagranicznym.
2. Praca przed przyjęciem do druku podlega recenzji przez dwóch wybranych specjalistów z danej dziedziny.
3. Redakcja może dokonywać zmian, bez uzgadniania z autorem, dotyczących stylistyki, usunięcia powtórzeń oraz przesunięć tabel i rycin.

Adres redakcji:

Ginekologiczno-Położniczy Szpital Kliniczny
Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu
ul. Polna 33, 60-535 Poznań
(Sekretariat Dyrektora)